التحليل النفسى والمنهج الإنسانى

فى العلاج النفسى

الدكتور
لويس كامل مليكة

الطبعة الثانية
١٩٩٦

اسم الكتـــاب : التحليل النفسى والمنـهج الانسانى فى العلاج النفسى

اسم المؤلف : د . لويس كامل مليكه

اسم النـاشـر : المؤلف

المطبــــعة : فيكتور كيرلسى غالى

رقم الايـداع : ٧٣١٧ / ١٩٩٦

الترقيم الدولى : 9 - 1001 - 19 - 977

الطبعــــة : الثانية

المحتويات

الموضوع		الصفحة
مقدمة		٧
الفصل الأول :	التحليل النفسى والمدارس الإنسانية فى العلاج النفسى. تعريف وتاريخ	٩
الفصل الثانى :	التحليل النفسى المعيارى بين النظرية والتطبيق	٢٣
الفصل الثالث :	تطورات التحليل النفسى وتطبيقاته	٧٩
الفصل الرابع :	العلاج الجماعى والتحليل النفسى	١١٩
الفصل الخامس :	العلاج المتمركز ـ حول ـ العميل	١٤٧
الفصل السادس :	العلاج النفسى الوجودى والخبروى	١٧٩
الفصل الثامن :	العلاج الجشتالتى الجماعى	٢٥٧
الفصل التاسع :	التحليل العبر ـ تفاعلى	٢٢٧
الفصل العاشر :	العلاج الواقعى	٣٤٩
الفصل الحادى عشر :	المنهج التوفيقى فى العلاج النفسى	٣٧١

تصويب الأخطاء

الصفحة	السطر	الخطأ	الصواب
٢٩	٥	الإرتقاء السيكوجنسى على ...	لمراحل الإرتقاء السيكو جنسى لازال هو الأساس ، ويمتد الإرتقاءالسيكوجنسى على ...
٦٢	٢٣	عدم شعور ناشىء	عدم شعور بالراحة ناشىء
٨٤	١٣	الأوائل مرضاهم	الأوائل يحذرون مرضاهم
١٨٨	٢٥	ابترك	ابتكر
٢٠٨	٨	للذات فقط	للذات تتكون فقط
٢٩٧	٢٢	الرضيع	ألطبيعى
٣٢٠	١٣	الواقع	الدافع
٣٥٣	١١	سنة	سن

٣٥٣ سقط السطر ١٦ وهو" ناجحا يبدو أنه يرتبط مع الأشخاص الآخرين الناجحين بينما يرتبط الشخص الذى يعتبر نفسه"

الصفحة	السطر	الخطأ	الصواب
٣٦٣	١٦	مشارع	مشاعر
٣٨٥	٨	الاتيولوجية	الاتيولوجى

مقدمة الطبعة الثانية

نقدم فى هذا الكتاب المجموعة الثانية من مناهج العلاج النفسى وكنا قد تناولنا فى المجموعة الأولى مناهج العلاج السلوكى وتعديل السلوك . ونتناول فى المجموعة الحالية مناهج التحليل النفسى والمنهج الأنسانى فى العلاج النفسى ويمثل الكتابان إمتدادا لكتابنا { علم النفس الإكلينيكى } بجزيئه.

ويضم الكتاب الحالى أحد عشر فصلاً ، بدأناها فى الفصل الأول بتعريف التحليل النفسى وتاريخه وتعريف للمدارس الإنسانية فى العلاج النفسى وتاريخها ، ثم خصصنا ثلاثة فصول للتحليل النفسى وتطوراته والعلاج الجماعى فى إطار التحليل النفسى . ثم خصصنا فصلاً لكل من العلاج المتمركز حول العميل ؛ العلاج النفسى الوجودى والخبروى ؛ العلاج الجشتالتى الجماعى ؛ التحليل العبر – تفاعلى؛ العلاج الواقعى؛ والمنهج التوفيقى فى العلاج النفسى .

وعلى نفس النهج الذى اتبعناه فى عرض مناهج المجموعة الأولى ، فإننا حرصنا على أن نقدم للقارىء المناهج التى عرضناها فى المجموعة الثانية بصورة تلبى حاجات كل من الباحث والممارس والطالب ، كما حرصنا على أن نربط بين النظرية والتطبيق بصورة إجرائية حية قدرالإمكان ، وأن نحدد فى كل فصل موقف المنهج المعين من المناهج الأخرى ، وأن نوضح ما أسفر عنه تقويم المنهج من نتائج .

ونود أن نلفت نظر القارىء الكريم إلى أنه يحسن صنعاً لو أستهل قراءته لكتابينا فى العلاج النفسى ، ثم ختمها بقراءة متأنية للعرض الوافى الذى نقدمه فى الجزء الثانى من كتابنا { علم النفس الإكلينيكى } لمفهوم العلاج النفسى بعامة ولتاريخه وتصنيف مناهجه وأبعاده ومقارنات تلخيصية بين هذه المناهج والمحاولات المختلفة وبعضها حديث جداً للتوفيق مرة وللتكامل مرة أخرى بينها ، وذلك بأمل أن تساعده كل من القراءة السابقة واللاحقه على إصدار أحكام نقدية صائبة فى مجال العلاج النفسى الذى تشعبت به السبل.

ولازلنا فى طريقنا إلى إستكمال هذه السلسلة فى علم النفس الإكلينيكى ولعلنا أن نوفق إلى تحقيق القصد وإلى لقاء قريب بإذن الله.

القاهرة ، يونيو١٩٩٦ — أ. د. لويس كامل مليكه

الفصل الأول

التحليل النفسى والمدارس الإنسانية فى العلاج النفسى
تعـريـف وتـاريـخ

التحـليـل النفســى

الفصل الأول
التحليل النفسى والمدارس الإنسانية فى العلاج النفسى
تعـريـف وتـاريـخ

التحـليـل النفســى

مقدمـة وتعريف :

درج عدد من الكُتاب المحدثين على تكرار التأكيد بأن التحليل النفسى أصبح اليوم موضوعاً لا يناقش إلا فى إطار تاريخ علم النفس وليس فى إطار العلاج النفسى كما يمارس اليوم أو فى إطار النظرية النفسية كما تدرس اليوم . وفى تقديرنا أن مثل هذا القول فيه قدر كبير من المبالغة سواء من منظور الممارسة أو من منظور النظرية . فلا زال التحليل النفسى من المنابع الرئيسية للفكر السيكولوجى وللعلاج النفسى ، وإن كان قد تخلف عن الاستجابة للتزايد فى طلب العلاج النفسى ، وإن كان يتلقى بوصفه نظرية ومنهجاً الضربات من مختلف الزوايا .. وأغلب الظن أن التحليل النفسى سوف يستمر فى التشكل والتطور وسوف تتشعب به السبل إلى مدارس فرعية وإلى مناطق إلتقاء مع مدارس ومناهج أخرى تكاد تصل إلى مستوى الالتحام والاندماج ، وذلك لكى يكون أقدر على الاستجابة للمطالب المتزايدة وللتطور فى الفكر السيكولوجى .

وكان فرويد – أب التحليل النفسى – يكرر التأكيد على أن التحليل النفسى له ثلاثة معانى مختلفة :

١ – طريقة للعلاج تستخدم أساساً التداعى الحر وتعتمد على تحليل الطرح والمقاومة .

٢ – مجموعة من النظريات فى الوظائف السيكولوجية للكائن البشرى تؤكد على دور اللاشعور والقوى الدينامية فى الوظائف النفسية .

٣ – طريقة للبحث فى وظائف وعمل العقل سواء كانت سوية أو لا سوية .

ويضيف البعض (٧ : ص ١) أن التحليل النفسى يستخدم أحياناً للتمييز بين ما هو فرويدى وما هو غير فرويدى فى إطار التحليل النفسى . إلّا أنه يجب التأكيد على أن العلاج والنظرية والبحث يؤثر كل منهم فى الآخرين .. فمثلاً قد تؤدى ملاحظة المريض تحت العلاج إلى فروض تؤثر بدورها فى الأسلوب وفى النظرية ، ومن ثَمَّ إلى ملاحظات أخرى وهكذا ...

أصول وتاريخ التحليل النفسى :

المقدمات :

يرى فاين (٧) أن الحركة الإنسانية فى الفكر الغربى قد استمرت فى التحليل النفسى . ويمكن تتبع بعض أصول التحليل النفسى إلى أفكار الفلاسفة الإغريق والرومان ، ومنها الحكمتان المأثورتان : « اعرف نفسك » و « خير الأمور الوسط » ، فقد أعطيتا معانى محددة واضحة فى التحليل النفسى . ويحدد فاين أربعة مصادر أثرت فى صياغة التحليل النفسى هى :

١ – علوم الحياة وخاصة نظرية شارلس داروين ، إذ أن الكثير من أفكار التحليل النفسى تكاد أن تكون مستمدة كلية وبصورة مباشرة من نظرية التطور ، ومنها : دلالة الارتقاء النفجنسى ، عملية التغير ، ومفاهيم التثبيت والنكوص ، إلخ ...

٢ – علم النفس الارتباطى : إذ تمثل فكرة الارتباط الإطار العريض الذى يمكن من خلاله فهم الوظيفة العقلية . ومن رواد هذه الفكرة بيركلى وهيوم وهارتلى وتوماس ريد فى انجلترا ؛ وهربارت والمدرسة الأنثروبولوجية فى عصره . وقد ارتبط اكتشاف التداعى الحر بهذه المدرسة .

٣ – تقدم علم الأعصاب ومن رواده الفرنسى جين شاركو والذى اعتبره فرويد من أعظم أساتذته .

٤ – الطب النفسى والعقلى فى القرن التاسع عشر وما تبناه من أفكار ومنها التنويم المغناطيسى بوصفه الطريق إلى اللاشعور ، وصور اكلينيكية معينة (سميت أحياناً بالأمراض المغناطيسية) ، المشى أثناء النوم ، الشخصية المتعددة ،

الهستيريا ، نموذج جديد للعقل الإنسانى على أساس مزدوج من النفس الشعورية واللاشعورية عدل بعد ذلك إلى نسق من الشخصيات الفرعية تكمن وراء الشخصية الشعورية ، نظريات جديدة حول أصول أمراض الأعصاب على أساس سائل غير معروف ، ثم حل محلها وبسرعة مفهوم الطاقة العقلية ، واستنادِ العلاج النفسى إلى التنويم المغناطيسى والإيحاء . إلّا أن الكثير من هذه التطورات قد تم خارج إطار للطب النفسى الرسمى فى ذلك الوقت ، وقد اصطدمت هذه الأفكار الجديدة بعنف مع التيارات الفكرية السائدة فى كثير من المواقع فى فرنسا وألمانيا وأمريكا ، واستمر هذا الصراع ليلحق بفرويد أو ليلحق فرويد به .

إلّا أن الكل يكاد يتفق على أنها تبدأ بمرحلة استكشافية فى العصاب والأعمال الأولى لبروييه وفرويد فى الهستيريا ، وحتى نشر كتابهما « دراسات فى الهستيريا » (١٨٩٥) . وفى هذه المرحلة لم يكن فرويد مختلفاً اختلافاً كبيراً عن غيره من الرواد الأوائل فى الطب النفسى الدينامى فى تلك الفترة ، وفيها كان جوزيف بروييه طبيباً فى فيينا ، يعالج مريضة شابة (آنا) تعانى من هستيريا تحولية ، وذلك بالاستعانة بالتنويم المغناطيسى . وقد استعادت المريضة تحت تأثير التنويم الأحداث الصدمية ، فأسهم ذلك فى تفريغ الوجدانات التى ظلت مكبوتة من وقت حدوث الصدمة .. وقد افترض أن هذا التفريغ هو الذى أطلق الوجدانات المكبوتة المرتبطة بالصدمة ، ومن ثَمَّ سمح للمريضة بتخطى الخبرة المدمرة . وقد كانت المريضة تحس بالراحة بعد التعبير عن مشاعرها تحت تأثير التنويم المغناطيسى والعودة إلى حالة الشعور . وقد اختفت الأعراض الجسمانية والتى شملت الخدر فى الذراعين والساقين وبعض اختلالات بصرية .

كان فرويد فى هذه المرحلة أساساً طبيباً يعالج مشكلات الهستيريا والنيوراسثينيا كما يعالجها غيره من أطباء ذلك العصر مع اختلاف هو تأكيده على « الجنسية » . وقد صاغ بروييه وفرويد نظرية فى الهستيريا وفى العلاج النفسى تقوم على أساس الافتراض بأن الانفعالات القوية التى تصاحب الخبرات المكثفة يعبر عنها وتفرغ ولكن إذا حبس التعبير المباشر ، فإن الوجدان يأخذ شكلاً ملتوياً يمكن أن تنشأ عنه الأعراض الهستيرية . وتحت تأثير التنويم المغناطيسى ، تنعكس

العملية ومن خلال استدعاء الخبرات الأولى وما يرتبط بها من وجدانات مؤلمة abreaction فإن الأعراض تختفى . وهكذا بدأ النظر إلى الهستيريا بوصفها مرضاً « سيكولوجياً » يتوقف الشفاء منه على عملية « التفريغ (أو التطهير) الوجدانى » catharsis أى التخلص من الطاقات الانفعالية المحبوسة . وبالإضافة إلى علاج الهستيريا بوصفها نتيجة خبرات صدمية ذات طبيعة جنسية ، توصل فرويد إلى ظاهرة الطرح ومفهوم الشحنة الانفعالية وعملية الكبت ومفهوم الصراع النفسى الداخلى .

ثم بدأت مرحلة هامة بممارسة فرويد التحليل الذاتى بصورة نظامية من ١٨٩٥ إلى ١٩٠٠ وحتى عام ١٩١٤ . ويذكر ارنست جونز أن فرويد كان يقضى النصف ساعة الأخير كل يوم فى التحليل الذاتى . وقد اعتمد فرويد فى هذا التحليل على الأحلام وذكريات الطفولة ليعيد بناء الطريقة التى عاشها فى حياته . وكان فرويد يعتقد أن التحليل الذاتى كما مارسه ، هو أرقى أشكال العلاج ، إلّا أن المحللين أدركوا أنه قد يستحيل على البعض ممارسة التحليل الذاتى نتيجة التنشئة الصارمة وسهولة خداع النفس (أو الطرح المضاد) . وقد تخلى فرويد عن ممارسة التنويم المغناطيسى واستبدله بالتداعى الحر .

وقد توصل فرويد إلى بناء أول نظام للتحليل النفسى ، وهو سيكولوجية الهو (١٩٠٠ — ١٩١٤) وقد استند فيه إلى تحليل الأحلام (١٩٠٠) و « ثلاث مقالات فى الجنسية » (١٩٠٥) ، وفيه يعتمد على ثلاثة مفاهيم أساسية هى : اللاشعور الدينامى ، نظرية الليبيدو ، والطرح والمقاومة بوصفها أساساً للعلاج . وكان فرويد يعنى باللاشعور الدينامى تلك الجوانب من اللاشعور التى كبتت بسبب القلق وهو يختلف عن اللاشعور الوصفى أى ما لا يتوفر للفرد فى أى لحظة معينة بسبب الطريقة التى يعمل بها القلق وليس بسبب القلق .

وتستند نظرية الليبيدو كما تمت صياغتها فى النهاية إلى الفروض التالية : (١) الليبيدو هو المصدر الرئيسى للطاقة النفسية ؛ (٢) هناك عملية ارتقائية تتكون من مراحل ليبيدية مختلفة ؛ (٣) اختيار الموضوع (العلاقات البينشخصية) ينتج عن تحولات الليبيدو ؛ (٤) البواعث الليبيدية يمكن أن تشبع أو تكبت أو تعالج بواسطة التكوين العكسى أو الإعلاء .. وبالنسبة لمعظم الحاجات الغريزية فإن

الإعلاء هو التوافق السوى ؛ (٥) يقوم بناء الشخصية على الطريق التى تعالج بها الغرائز المحددة بيولوجياً ؛ (٦) العصاب هو تثبيت على مرحلة من مراحل الجنسية الطفلية أو نكوص إليها . وكلما كان التثبيت مبكراً وكلما زادت درجة النكوص كلما اشتدت السيكوباثولوجية : ويعنى الطرح المجموع الكلى للعلاقات الانفعالية بين المريض والمعالج . ومن الناحية النظرية ، فإن هذه العلاقة ترجع إلى الطرح أو الامتداد من نماذج الطفولة . وتعنى المقاومة أى شيء يعمل ضد تقدم العلاج .

ونتيجة للفصل بين العقل والمخ لأغراض البحث العلمى ، أصبح من الممكن قيام علم نفس علمى . وقد درس فرويد مظاهر السيكوباثولوجيا فى الحياة اليومية العادية وعقدة أوديب والتشابه بين الأحلام والعصاب والسلوك « السوى » ، كما أقام بنياناً نفسياً مكوناً من منظومات الشعور والقبشعور واللاشعور والعملية « الأولية » والعملية « الثانوية » . وقد صيغت « بنية » العقل فى كتاب « الأنا والهو » (١٩٢٣) . وقد أمكن بفضل النظرية البنيوية الجديدة إعادة صياغة نظرية فى القلق ، وتوجيه اهتمام المحللين إلى أمور مثل سمات الخلق ، المقاومة السلبية ، والاستجابات العلاجية السلبية ، إلخ .. وقد أدى ذلك إلى نشأة الاهتمام بعلاقات الموضوع ، إذ ترك فرويد مكاناً فى نظرياته للتفاعلات المتبادلة بين الفرد وبيئته ، أى « موضوعاته » « الخارجية » و « الداخلية » ، إلا أن الاهتمام بها كان قليلاً حتى أواخر العشرينات حين بدأت تنمو مدرسة فى « علاقات الموضوع » يبدو أنها مستقلة نوعاً ما عن مدرسة « سيكولوجية الأنا » وذلك رغم تبادل الاسهامات بين المدرستين فى إثراء كل منهما للأخرى .

وقد تكونت جمعية التحليل النفسى عام ١٩٠٢ وتطورت إلى جمعية فيينا للتحليل النفسى . وعقد أول مؤتمر دولى للتحليل النفسى فى سالزبورج (١٩٠٨) . وقد زار فرويد وبرفقته فيرنزى ويونج جامعة كلارك بأمريكا بدعوة من ج. ستانلى هول وبحضور إرنست جونز .. وفى عامى ١٩١١ ، ١٩١٣ ، انشق عن فرويد وعلى التوالى ألفرد آدلر وكارل يونج . وقد اعترض كل منهما على تأكيد فرويد الزائد على أهمية الجوانب الجنسية فى الطفولة بوصفها سبباً للعصاب مقابل اهتمامهما بدور الأنا فى الزمان والمكان الحاليين فى نشأة العصاب . وقد أسس آدلر مدرسة « علم النفس الفردى » (التأكيد على الذات والعلاقات الاجتماعية) كما أسس يونج مدرسة « علم النفس التحليلى » (قلة

الاهتمام بالماضي وبدور الجنس مقابل اهتمام باللاشعور العرق وكونية الرموز) . وقد تأسس أول معهد للتدريب على التحليل النفسى (١٩٢٠) فى برلين تستخدم فيه الطريقة الثلاثية (التحليل الشخصى ، منهج نظرى ، العمل مع المرضى تحت إشراف) وقد تأسس معهد فيينا للتحليل النفسى (١٩٢٥) . وتحقق شرح أسلوب التحليل المعيارى (التداعى الحر - طرح - مقاومة - توضيح وتفسير) من خلال الحالة التى عالجها فرويد « الرجل الفأر » . ومع تزايد الاهتمام بالحاضر فى الزمان والمكان تطورت المفاهيم النظرية ومنها إرجاع الارتقاء السيكولوجى إلى المعطيات التكوينية للمريض وأحداث الحياة التى تفرض على الطفل من الخارج . ومن المعالم البارزة « حالة دورا » وتكوين مفهوم « الصراع الاكلينيكى » بوصفه مفهوماً مركزياً فى العلاج التحليلى ، وبوصفه حالة خاصة من النظرية الميتاسيكولوجية للطرح . كما برزت مفاهيم غرائز الأنا مقابل الليبيدو ، وبعد ذلك الليبيدو مقابل غريزة الموت . وفى هذه المرحلة البنيوية يقدم فرويد النموذج البنيوى للعقل فى كتابه « الأنا والهو » ويشتمل على الأنا والهو والأنا الأعلى . وفيها أيضاً يبدأ الاهتمام بالجزء اللاشعورى من الأنا (الأنا اللاشعورى) بوصفه مرتبطاً ارتباطاً لصيقاً بسمات الخلق .

وقد أدى عدم رضاء فرويد عن صياغاته النظرية ونتائجها العملية إلى مرحلة « سيكولوجية الأنا » والتى بدأت تقريباً حوالى عام ١٩١٤ بنشر مقالة فى النرجسية (١٩١٤) وإلى ظهور كتابه « مشكلة القلق » (١٩٢٦) . وقد سعى علم نفس الأنا إلى فهم للشخصية الكلية وهو مصطلح أشاعه فرانز ألكساندر بنشر كتابه « التحليل النفسى للشخصية الكلية » عام ١٩٢٧ . ويقرر فاين (٧) أنه منذ عام ١٩٢٣ فإن كل التحليل النفسى كان ولا يزال علم نفس الأنا . وقد نشر كتاب أنا فرويد « الأنا والميكانيزمات الدفاعية » عام ١٩٣٦ ، وتطورت نظرية العلاقات بالموضوع ، كما برزت فى هذه المرحلة مشكلة المحللين من غير الأطباء ممن كانوا قد هاجروا إلى أمريكا وهى مشكلة لا زالت محل الجدل حتى الوقت الحاضر .

وقد شكل التحليل النفسى منهجاً سيكولوجياً فى النظر إلى الكائن الحى امتد تطبيقياً إلى مجالات أخرى كثيرة منها ، الأنثروبولوجيا وبخاصة بعد نشر كتاب فرويد « التوتم والتابو » (١٩١٣) ، ومنها منهج البيوجرافيا حيث يمثل

كتاب فرويد عن « ليوناردو دافينشي » (١٩١٠) منهجاً جديداً فى دراسة النماذج التاريخية وفى دراسة العلوم الاجتماعية بعامة . وفضلاً عن ذلك فإن التأكيد على الاحباط الجنسى ودلالة العوامل اللاشعورية وأهمية العقدة الأوديبية وغيرها من جوانب التحليل النفسى .. كل هذا جعل فرويد وأتباعه من أشد النقاد للنظام الاجتماعى الذى عاشوا فيه .

ويلخص فاين (٧ ، ص ٤) أهم التطورات التالية لوفاة فرويد (١٩٣٩) فيما يلى ، وسوف نعود إلى مناقشتها فى فقرات لاحقة :

١ - أدت صياغات ميلانى كلاين وأنا فرويد ومارجريت ريبل ومارجريت ماهلر وجون بولبى وبرترام ليفين وغيرهم إلى تأكيد الارتباط بالأم والانفصال والتفرد فى المرحلة الفمية .

٢ - إدخال العدوانية على نفس مستوى الجنسية مما أدى إلى صياغة ما يسمى بنظرية الغريزة المزدوجة ويرجع ذلك إلى صياغات ميلانى كلاين وهاينز هارتمان وإرنست كريس وإديث جاكوبسون وشارلس برينر .

٣ - الدراسة المتعمقة للأنا وتتمثل فى كتابات هارتمان وهارى ستاك ساليفان ودافيد رابابورت وجورج كلاين وردلف لوفنستاين .

٤ - امتداد العلاج بالتحليل النفسى إلى الذهان وفهم الذهان على أنه ضعف الأنا وإحلال هذه المفاهيم محل الأساليب التشخيصية والعلاجية للطب النفسى التقليدى . وقد برز فى هذا المجال ساليفان وكلاين وليوبولد بيللاك وبول فيدرن وهارولد سيرلز .

٥ - استكشاف ميكانيزمات الأنا الأعلى وما يصاحبها من نظم القيم . وفى هذا المجال تبرز أسماء إيريك فروم وأوسكار بفيستر وتالكوت بارسونز وجوزيف ساندلر وروى شيفر .

٦ - امتداد منهج التحليل النفسى فى دراسة الحضارات ويتمثل ذلك فى أعمال برونيسلاف مالينوفسكى ، وجيزاروهيم وابرام كاردنر وجورج ديفيرو .

٧ - الفحص الدقيق للعلاقات البينشخصية من قبل ساليفان واريك اريكسون (وتركيزه على التوحد وأزمة الهوية) ، والمنهج الدينامى فى كل العلوم

الاجتماعية (والبرستاين وسملسر) وقد أصر فرويد على أن علم النفس الاجتماعي هو أساساً علم نفس فردى ، بينما ينظر ساليفان إلى الطب النفسى نظرة تتجه إلى علم النفس الاجتماعي .

٨ - الامتداد والالتقاء بين الطب النفسى وعلم النفس والتلحيل النفسى الذى ينظر إليه على أنه يمثل وجهة نظر دينامية فى كلهما . وقد اندمج الطب النفسى الدينامى وعلم النفس الاكلينيكى والتحليل النفسى معا بحيث يصعب فصل اسهامات كل منها عن الآخر . ويتعين فى تقديرنا أن يكون من الواضح بالطبع أن هذا القول قد ينطبق فقط على الاخصائى النفسى الاكلينيكى الذى ينتمى إلى مدرسة من مدارس التحليل النفسى ، فهو لا ينطبق مثلاً على « السلوكيين » والكثير من « الإنسانيين » .

أما عن الموقف الحالى ، فإن التحليل النفسى قد انتشر فى أمريكا نتيجة تحول الكثير من المحللين بفعل الحرب العالمية الثانية من أوربا إلى الولايات المتحدة الأمريكية . ولكنه يواجه اليوم منافسات قوية من المدارس السلوكية ومن المذاهب الإنسانية معاً . وقد أسس ارنست جونز الجمعية الأمريكية للتحليل النفسى عام ١٩١٠ . وبينما كان عدد أعضاء الجمعية فى عام ١٩٧٣ يقل عن ١,٥٠٠ فإنه كان هناك ما يقدر بعشرة آلاف محلل نفسى فى أمريكا . وتعتبر عيادة مميننجر فى توبيكا بولاية كانساس من أكبر مراكز التدريب على التحليل النفسى فى العالم . وقد بدأ تنظيم وتقنين التدريب على التحليل النفسى حوالى عام ١٩٣٠ مع تأسيس معاهد التدريب . ومنذ ذلك الوقت ظل هذا التدريب ثابتاً على نمط واحد تقريباً . وهو يشتمل على تحليل شخصى قد يمتد من عامين إلى عشرة أعوام ، ومناهج فى سيكولوجية التحليل النفسى والنظرية والأسلوب والتحليل تحت إشراف وضوابط . وهناك عدد غير قليل من المجلات العلمية . وهناك قسم للتحليل النفسى (القسم رقم ٣٩) فى الجمعية النفسية الأمريكية ، وهى أكبر الجمعيات من نوعها فى العالم ، وقد نشرت أعمال فرويد فى نسخة مقننة فى ٢٤ مجلداً بعنوان : The Collected Works ، وقدم ارنست جونز تاريخ فرويد فى كتاب له .. كما توجد الأعمال الحديثة فى التحليل النفسى فى مجلدات متنوعة منها « مقالات فى علم نفس الأنا » (هارتمان ، ١٩٦٤) وأعمال كارل ابراهام وساندور فيرنزى واوتو فينيكل وارنست جونز وفرانز ألكساندر وايديث

المذاهب الإنسانية

تعريف وتاريخ :

ترتبط المذاهب الإنسانيّة فى علم النفس وفى العلاج النفسى ارتباطاً وثيقاً بما أسماه ماسلو « القوة الثالثة » فى علم النفس بوصفها قوة مضادة للتقاليد المسيطرة لكل من التحليل النفسى والسلوكية(*) . ويأخذ الإنسانيون على كل من التحليل النفسى والسلوكية أنهما ينظران إلى سلوك الإنسان بوصفه محدداً ومقيداً فى الأول (التحليل النفسى) بواسطة غرائز لا شعورية وفى السلوكية باشراط بيئوى . ويرى الإنسانيون أن هذه النظرة تنتقص من قدر الإنسان فلا تراه إنساناً كاملاً له غرض وقيم واختيارات وحقوق وقدرة على تقرير المصير ، بدلاً من النظر إليه كما لو كان ضحية عاجزة لقوى لا شعورية أو لتدعيم بيئوى . والإنسان فى نظر الإنسانيين له إرادة حرة يمكن أن يعظم من خلالها امكانيات نموه وسعادته . وأعلى الدوافع الإنسانية شأناً هو الدافع إلى تحقيق الذات .

ورغم أن علم النفس الإنسانى فى صورته الحاضرة لا يتجاوز عمره الأربعين عاماً ، إلّا أن له تاريخ ممتد فى علم النفس وفى الفلسفة ، يتمثل فى الفنمنولوجيا والوجودية الأوربيتين ، والليبرالية السياسية الأنجلو - أمريكية . وقد دافع عن الأفكار المحورية فى علم النفس الإنسانى كل من وليام جيمس وكيرت جولدستين وكارل روجرز وجوردون آلبورت وهنرى موراى وغيرهم . وفى تقدير كورشين (١٥ ، ص ٣٥٣) فإن علم النفس الإنسانى المعاصر يمثل فى جوانب هامة أمركة للوجودية الأوروبية والتى فقدت فى عبورها للأطلنطى بعض مفاهيمها الأكثر كآبة ، وتحولت إلى فلسفة أكثر تفاؤلاً بقدرة الإنسان على النمو والكمال . ويضرب كورشين لذلك مثالاً بأنه بينما رأى المفكرون الأوربيون أن الوجود يستمد معناه من واقع الموت المحتوم ، ركز الإنسانيون الأمريكيون المعاصرون على التوسع فى الخبرة والمتعة وتحقيق الإشباع فى عملية الحياة . وربما يكون هذا التفاؤل

(*) ارجع إلى : لويس كامل مليكه - العلاج السلوكى وتعديل السلوك - الكويت - دار القلم ، ١٩٩٠ . مكتبة النهضة المصرية ، ٩ شارع عدلى ، القاهرة ١٩٩٤ .

قد شكل عاملاً أسهم فى زيادة جاذبية المذهب الإنسانى للكثير من الدارسين الأمريكيين الذين واجهوا عالماً مربكاً ومرعباً شعروا بالعجز عن تغييره .

وتتعدد المدارس الإنسانية وتتنوع ، فهناك المدارس الكلاسيكية والخلقية والعلمية والدينية والعقلانية . ويغلب على من ينسبون أنفسهم إلى هذه المدارس فى علم النفس أن ينظروا إلى أنفسهم بوصفهم يمثلون مزيجاً من علم النفس والصور الخلقية للحركة الإنسانية . وقد كانت المدارس الإنسانية ولا تزال فى تقدير ثوريسين (٣٠ ، ص ٣٨٦) حركات فلسفية وأدبية نشأت فى عصر النهضة الأولى بوصفها استجابة ضد سيطرة الكنيسة والفكر الأرسطى . فالإنسان بماله من فكر يملك القوة والمسئولية لتحديد مصيره ، وهكذا مهد الطريق لقيام العلوم . ومن الطريف أن الكثيرين من الإنسانيين المعاصرين يقاومون التزيد والتطوير الهائل فى العلوم وفى التكنولوجيا وما يحملانه من إمكانية التهديد لإنسانية الحياة الاجتماعية . ويضم القسم رقم (٣٢) فى الجمعية النفسية الأمريكية والذى يحمل اسم « علم النفس الإنسانى » المهتمين بدراساته وتطبيقاته . وفى مصر كان للدكاترة طلعت منصور وعادل عز الدين وفيولا البيلاوى فضل ترجمة واحد من أمهات الكتب فى هذا الموضوع . ومن ناحية أخرى ، لا يسلم بعض الإنسانيين بنظرة فوق – طبيعية إلى العالم وينبذون أى قدسية ميتافيزيقية بوصفها مصدراً للقيم الإنسانية . وحيث أنه لا توجد طرق امبيريقية معروفة لإثبات أو لنفى وجود عالم فوق طبيعى أو قوى فوق طبيعية ، فإن الإيمان بهذه القوى هو عقيدة شخصية وليس حقيقة مقررة (٣٠ ، ص ٣٨٦) . ولكن بعض الإنسانيين لا يسلمون بأن الأسس الخلقية والأحكام القيمية يجب اخضاعها للفحص الأمبيريقى العقلانى ، وأن طرق العلم يجب استخدامها فى حل مشكلات الإنسان .

وهكذا تتعدد تعاريف النظرة الإنسانية بقدر تعدد القائمين بالتعريف ، بل إن بعض السلوكيين ومنهم ثوريسين يعتبرون أنفسهم إنسانيين ، وذلك لأنهم يركزون على ما يفعله الإنسان الفرد فى حياته الحاضرة وليس على من هو الإنسان ، ولأنهم يعتبرون المشكلات الإنسانية مواقف تعلم يمكن تغييرها ، ولأنهم يبحثون فى كيف يمكن تغيير البيئات بحيث تنقص المشاكل ، ولأنهم يستخدمون الطرق العلمية فى مساعدة الأفراد ، إلّا أنه من المحقق أن هناك خلافات بين المدارس الإنسانية والسلوكية منها : أن بعض الإنسانيين ينبذون الطرق العلمية

لحل المشكلات بينما يلتزم بها السلوكيون . ولكن ثوريسين يرى أن القضية ليست الإنسانية مقابل السلوكية ، ولكنها كيف يمكن أن تستخدم أحسن استخدام ممكن ، مفاهيم وطرق كل من المدرستين . ويرى البعض أن علم النفس الإنسانى فى الوقت الحاضر هو مجموعة من القيم الموجهة أكثر من أن يكون نظرية نظامية فى الشخصية أو فى العلاج النفسى . ويحاول الباحثون أن يتفقوا على تحديد المقومات الرئيسية فى علم النفس الإنسانى ومنها مثلاً القائمة التالية التى يوردها كورشين (١٥ ، ص ٣٥٣) ويتفق معه إلى حد كبير ثوريسين (٣٠ ، ص ٣٨٦) :

١ - يتطلب فهم الشخصية دراسة الشخص بوصفه كلا (النظرية الكلية أو الشمولية holism) .

٢ - الأهمية المركزية للخبرة المباشرة للشخص وليس سلوكه كما ينظر إليه من الخارج أى الفنمنولوجيا .

٣ - تتطلب الطريقة العلمية مشاركة من الباحث فى المجال الخبروى وليس انفصالاً عنه . فالفهم الحدسى المتعاطف له أيضاً قيمته وليس المعرفة الأمبيريقية فقط .

٤ - ضرورة التركيز المحورى دواماً على التفرد الشخصى (أى المنهج الايديوجراف) .

٦ - عدم النظر إلى السلوك الانفعالى بوصفه نظرة آلية أو اختزالية ، بل يتحتم الالتزام بالنظرة الإنسانية الخالصة والمتميزة وفى مقدمتها قدرة الإنسان على الاختيار والابتكار وتحقيق الذات .

٧ - الإنسان فاعل كما يمكن أن يستجيب برد الفعل ، فهو قادر على السعى الإيجابى ، كما أنه يمكن أن يبادىء بالفعل والتوافق مع المطالب الموجهة إليه . ويتعين التأكيد على الجوانب الإيجابية نظراً لأن التأكيد على الجوانب السلبية قد بولغ فيه .

ويضيف ثوريسين (٣٠ ، ص ٣٩٦) إلى القائمة السابقة ما يلى :

٨ - الإنسان هو وحدة الدراسة بدلاً من الأداء المتوسط لمجموعات سكانية كبيرة .

٩ - البحث عن الوحدة فى الخبرة الإنسانية وإدراك أن الإنسان يجب أن يعيش فى وفاق مع نفسه ومع الطبيعة .

١٠ - اليقظة والوعى و محاولة زيادة المدى الشعورى لسلوك الشخص وبخاصة سلوكه الداخلى مثل الأفكار والصور والاستجابات السيكولوجية .

١١ - الحاجة إلى تأكيد الجانب العاطفى فى الإنسان وضرورة تواصله شخصياً تواصلاً وثيقاً مع الآخرين بطرق عدة ، وقدرته على مساعدة الآخرين كى يخبروا الحياة بصورة أكثر إيجابية .

١٢ - الحاجة إلى خبرات تعليمية وتربوية تشمل الأفعال الاجتماعية والانفعالية والحسية والمعرفية .

العلاج النفسى فى إطار المذاهب الإنسانية : مهمة المعالج هى إطلاق إمكانيات الإنسان من القوى العصابية المقيدة لها عن طريق :

١ - الفهم المتعاطف مع النظرة الشخصية الفريدة لدى العميل للعالم ومفهومه عن ذاته .

٢ - تنمية وتقوية الوعى بالذات عن طريق تشجيع العميل على أن يخبر كل جوانب ذاته بما فى ذلك الجوانب التى كان ينكرها .

٣ - تشجيع التقبل التام لذاته الفريدة ولحريته ومسئوليته عن وضع اختياراته موضع التنفيذ .

٤ - ومن ثم تحقيق كامل إمكانياته بوصفه شخصاً .

وفوق ذلك فإن العلاج النفسى يتضمن لقاءً أصيلاً صادقاً بين فردين حقيقيين متحررين من الحاجة إلى التظاهر ولعب الأدوار ، أكثر من أن يكون عملاً فنياً من نوع التفسير والنصح والاشراط . وهدف العلاج هو تحريك العميل من كونه شخصاً ينقصه الدافع ويتسم بالاعتمادية على العالم من حوله لإشباع حاجاته وتأكيد قيمته كشخص ، تحويله إلى شخص يتوفر له الدافع إلى النمو ويسعى جاهداً إلى إثراء وتوسيع خبراته ومعرفة الطريق إلى المتعة والاستقلالية الحقيقية . ويقدر الإنسانيون أن الأشخاص المحققين تماماً لذواتهم نادرون فى هذا

العالم ولكنهم يؤمنون أنه تتوفر لدى كل شخص القدرة على التلقائية والتحرر من القلق والشك فى الذات ومشاعر الاغتراب واللاقيمة . وعلى الأقل فيما يسمى « خبرات القمة » فإن لدينا القدرة على الوجود الكامل والحى والاندماج التام فى خبرات تتجاوز الذات . وتتمثل حركة « الإمكانيات الإنسانية » فى هذه النظرة الواعدة إلى الإنسان بوصفه قادراً من خلال الخبرات المولدة للنمو على أن يحقق ذاته ، بخلاف العلاج الذى لا يهدف إلى أكثر من إصلاح نقائص الماضى وإزالة الأعراض . وتوجد اليوم فى الولايات المتحدة الأمريكية وفى بعض بلاد العالم الأخرى مئات من « مراكز النمو » ومنها إيزالين فى كاليفورنيا ، كما تقوم آلاف من جماعات « لقاء المواجهة » سعياً وراء النمو الشخصى وهى تمثل أبرز مظاهر علم النفس الإنسانى اليوم .

وسوف نناقش فى فصول قادمة نماذج من المناهج العلاجية التى يمكن أن تندرج فى إطار المذاهب الإنسانية فى العلاج النفسى ، بدرجات متفاوتة . ومنها منهج كارل روجرز فى العلاج (العلاج المتمركز – حول – العميل) والعلاج الوجودى ومنهج فرانكل فى العلاج ، والعلاج الجشتالتى والعلاج العبر تفاعلى ، كما سوف نناقش العلاج الجماعى الإنسانى وجماعات لقاء المواجهة ، إلخ .

والخلاصة قد يخرج القارىء من قراءته لهذا الفصل بانطباع أولى بأنه لا مجال للالتقاء بين مدارس المجموعات الرئيسية الثلاث فى العلاج النفسى : التحليل النفسى والعلاج السلوكى والعلاج الإنسانى . ولكنا نرجو من خلال مناقشاتنا فى الفصول التالية أن نوضح أوجه الاختلاف وأوجه الاتفاق والالتقاء .

الفصل الثانى

التحليل النفسى المعيارى بين النظرية والتطبيق

مقدمة فى أهداف التحليل النفسى المعيارى :

تتعدد وتتنوع الطرق التى يعمل بها المحللون النفسيون اليوم طبقاً لتعدد وتنوع طرزهم الشخصية وحاجات المرضى . إلّا أنه يمكن الحديث رغم ذلك عن « التحليل النفسى المعيارى » وهو الإجراء الذى : (١) يجعل هدفه إعادة بناء الشخصية وتحرير المريض من الأعراض عن طريق إلقاء الضوء على المشكلات الانفعالية المركزية فى طفولة المريض وحلها ؛ (٢) يحقق هذا الهدف من خلال الاستخدام النظامى للتداعى الحر وتحليل الأحلام والتفسير وعصاب الطرح ؛ (٣) يمتد إلى فترة طويلة من جلسات عديدة . وهذا الوقت الطويل وكثافة الاتصالات العلاجية هو أظهر ما يميز التحليل النفسى المعيارى عما يسمى غالباً العلاج النفسى الموجه بالتحليل النفسى أو مّا سوف نسميه اختصاراً « العلاج النفسى التحليلى » .

ويقدم التحليل النفسى أكبر اسهاماته فى الحالات التى ترجع جذورها إلى الماضى رغم أنها تظهر كما لو كانت مشكلات معاصرة . ذلك أن الظروف الفريدة التى يصمم فيها الموقف التحليلى تتمثل فى استثارة المشاعر والأخيلة القديمة وإظهارها على السطح فى مناخ يمكن أن تدرس فيها بعناية بقصد التمييز بين الماضى والحاضر . وعلى العكس فقد يكون من غير الضرورى ومن غير المرغوب استثارة الظواهر النكوصية بالإضافة إلى تلك التى يقدمها المريض فى بداية العلاج ، وذلك إذا كانت المشكلات أساساً معاصرة . وفى هذه الحالة فإن العلاج النفسى التحليلى الذى يقل فيه الاهتمام بدراسة الماضى واستثارته قد يقدم أفضل الفرص لتحسين الحالة . ومع مراعاة أن المشكلات لا تظهر عادة نقية اكلينيكياً ، فإن روبرت ل . ستيوارت (٢٧ ، ص ١٣٣١) يرى أنه من الأفضل النظر إلى التحليل النفسى ومشتقاته وما يرتبط به ارتباطاً وثيقاً من صور العلاج النفسى بوصفه يكون متصلاً .

وفى التحليل النفسى ، يكون الاعتماد الرئيسى على التفسير وعلى أحداث العلاقة التحليلية ، والتعامل مع هذه العلاقة بوصفها منظومة مغلقة حين يقوم عصاب الطرح أو « مرض الطرح » . ومن الناحية الأخرى ، يغلب أن يؤكد العلاج النفسى التحليلى على واقع مشكلة المريض وأن يقلل من أحداث العلاقة بين المعالج والمريض ، إلّا حين تعوق عملية العلاج إعاقة ظاهرة . وقد يستعين العلاج التحليلى بطرق المساندة والنصح والتحكم فى البيئة وغيرها من الإجراءات بالإضافة إلى التفسير . ولكن الحدود بين النوعين من العلاج ليست قاطعة ، برغم أنهما قد يختلفان أحياناً اختلافاً بيناً . وسواء كان العلاج من نوع التحليل النفسى أو من نوع العلاج التحليلى ، فإن العلاقة الحاضرة بين المريض والمعالج تنشأ بحكم أن كلا منهما راشد يشترك فى مشروع هام لكل منهما فى الوقت الحاضر وبصرف النظر عما إذا كان للماضى دخل فى الحالة .

دور النظرية فى التحليل النفسى :

يرى فاين (٧) أن التحليل النفسى هو نظام فلسفى يقوم على أساس سيكولوجى ، وهو فى نفس الوقت نظام سيكولوجى يقوم على أساس فلسفى . فهو بوصفه فلسفة ، يعرف نموذج السواء المثالى أو السعادة على أساس النمو وارتقاء تحقيق الذات . والتحليل النفسى بوصفه نظاماً سيكولوجياً يهتم بكل من الخبرة الداخلية والسلوك الخارجى للفرد بماضيه وبحاضره ، بالموقف الفردى والموقف الاجتماعى . ويفترض التحليل النفسى أن كل ما هو إنسانى له معنى ، وذلك هو ما يقصد بمبدأ « الحتمية السيكولوجية » فينظر إلى الإنسان بوصفه كائناً يدفعه اللاشعور والقوى الغريزية . ويمكن عن طريق تحويل هذه القوى إلى الشعور إخضاعها للضبط والتحكم . وكل ما هو لا عقلانى هو دائماً عقلانى على مستوى لا شعورى .

وتبدأ نظرة التحليل النفسى إلى الإنسان من ملاحظة أساسية يشاركه فيها كل من الدين والفلسفة ، وهى أن معظم الناس غير سعداء نتيجة خبرات صدمية أو غير ملائمة فى الطفولة المبكرة ، وبخاصة فيما يتصل بالصراع بين الدوافع الغريزية والبنيان الاجتماعى . ونظراً لأن التحليل النفسى هو أيضاً نظام علاجى ،

فإنه يتبنى نظرة متفائلة للإنسان . وإذا كانت الحرية هى المعرفة ، فإنه كلما اكتملت معرفة الشخص بنفسه كلما زاد احتمال سلوكه عقلانياً . ومن المشاكل التى يواجهها التحليل النفسى غلبة الكراهية على الحب وسيطرة الدوافع اللاشعورية على الشعورية وسوء استخدام القوة من جانب أصحاب السلطة . وينظر إلى التحليل النفسى بوصفه عملية تربوية أكثر من أن تكون طبية أو علاجية ، كما ينظر إلى المجتمع بوصفه تجمع أفراد ، وتنبذ كل المفاهيم التى تتجاهل الفرد مثل العقل الجمعى والسلوك الجماعى ، ولا فرق بين علم النفس الفردى والاجتماعى أو بين علم النفس وعلم الاجتماع . ويمكن إحداث التغيير الاجتماعى العقلانى عن طريق جماعات من الأفراد المتحررين المتعقلين . ويؤكد التحليل النفسى على أهمية « الآخر » عن طريق التفاعل بين المريض وشخص مدرب تدريباً صحيحاً (٢٧ ، ص ٧) .

وفى الحديث عن نظرية التحليل النفسى ينبهنا برنستين (٥ ، ص ١١٦٨) إلى أن لها ثلاثة معانى : الأول هو النظرية العامة لفرويد . وهى تهتم بالدوافع وبنيان الشخصية . ومن مفاهيمها ما يرتبط بالاقتصاديات النفسية بالإضافة إلى المفاهيم التوبوجرافية أو الدينامية . كما أنها تشمل مركبات مثل الهو والأنا والأنا الأعلى ومبادىء مثل مبدأ اللذة ومبدأ الواقع ومفاهيم مثل اللاشعور والجنسية الطفلية ونظرية الليبيدو وعقدة أوديب . وتتمثل هذه النظرية خير ما تتمثل فى « ثلاث مقالات فى نظرية الجنسية » لفرويد . أما المعنى الثانى أو النظرية الثانية فهو النظرية التى تتناول الطريقة وتقدم مجموعة من العمليات لتناول البيانات والخروج بالاستنتاجات وتستخدم التداعى الحر والأحلام والأعراض فى إطار تحليلى والميكانيزمات مثل الإزاحة والتكثيف والإسقاط ومفهوم الحتمية النفسية وأسلوب التفسير . ولعل أكبر عمل من أعمال فرويد فى هذا المجال هو « تفسير الأحلام » . أما النظرية الثالثة وهى موضع الاهتمام الرئيسى فى عرضنا الحالى فهى نظرية فى العلاج تتناول على وجه التحديد ما يحدث فى الجلسة العلاجية بين المعالج والمريض وما يقع فيها من ظواهر مثل الطرح والمقاومة كما تتناول موضوعات التوقيت واستخدام التفسير وغيره من التدخلات العلاجية ومصاريف العلاج وضبط العلاقات بين المعالج والمريض وإنهاء العلاقة العلاجية . إلّا أنه من الواضح بالطبع أنه لا يمكن تناول نظرية التحليل النفسى فى العلاج فى

إطار الممارسة دون الاستعانة بكل من النظرية العامة فى السلوك والنظرية العامة فى العلاج النفسى . فهناك تأثير متبادل بين النظرية والممارسة الاكلينيكية . وقد نجد اليوم محللين نفسيين ينتسبون إلى نفس الإطار النظرى ولكن يختلفون اختلافاً بيناً فى ممارستهم العلاجية . كما أن نظرية العصاب تعرضت للكثير من التعديلات نتيجة الابتكارات فى إجراءات العلاج .

ومع التسليم بأن كل أنواع التحليل النفسى هى علاج نفسى ، إلّا أن التمييز بين ما هو تحليل نفسى وما هو غير ذلك ليس أمراً سهلاً . وقد كان فرويد يعتقد أن أى طريقة للعلاج يمكن اعتبارها تحليلاً نفسياً إذا تناول المعالج عن قصد تفسير الطرح وفك المقاومة . ولكن الأسس النظرية للتحليل النفسى يمكن النظر إليها فى إطار مناهج سيكولوجية غير تحليلية . ويميز برنستين بين الفرويدى وغيره أو بين المدرسة الفرويدية الكلاسيكية والمدارس الفرويدية الجديدة على أساس الفروق فى الرأى من حيث القضايا النظرية الأساسية وليس على أساس الفروق فى الممارسة والأسلوب . وهو يطلق على الطرق التى تنحرف عن أسلوب التحليل النفسى الكلاسيكى بالرغم من أنها لا تنحرف عن نظرية التحليل النفسى مصطلح « أساليب التحليل النفسى الحديثة » .

الناحية الفسيولوجية : هناك معطيات معينة فى الإنسان كما هو الحال فى كل الكائنات العضوية . ويشار إلى هذه المعطيات فى التحليل النفسى بأسماء متنوعة منها : الغرائز ، الجنسية ، السيكوجنسية ، والليبيدو . وهذه الدوافع الفسيولوجية تكون أكثر أهمية بعامة فى الطفولة عنها فى المراحل التالية من الحياة ، لأن ضبط الأنا لم يكن قد تدعم بعد . وقد تطورت افتراضات فرويد فى هذا الجانب إلى قدر كبير . وقد كان فرويد واعياً منذ البداية بالثنائية القائمة بين البواعث والضوابط . وقد عبر عن ذلك بصور مختلفة منها : الدفاعات ضد الأفكار غير المحتملة ، كبت السيكوجنسية ، النمو من مبدأ اللذة إلى مبدأ الواقع ، الثنائية بين الشحنات الانفعالية والشحنات المضادة ، وأخيراً الصراع بين الأنا والهو . وقد استقرت هذه الصياغة الأخيرة بوصفها الصياغة الأكثر شيوعاً واستخداماً . وبالرغم من أن الهو يتحدد فسيولوجياً ، ويشمل عوامل وراثية ، إلّا أن دلالته بوصفه مبدأ شرحياً خالصاً بدأت تقل وتنحسر إلى الخلفية . وفى هذا

المجال أسهم الطب السيكوسوماتى فى توضيح كيف يمكن أن تؤدى الصراعات النفسية إلى تغيرات فسيولوجية . ومن الواضح فى الوقت الحاضر لدى المحللين النفسيين أن استجابات الفرد للدفعات الغريزية لها أهميتها ، كما أن لهذه الدفعات ذاتها أهميتها ، وأن هذه الاستجابات تتأثر حتماً بالعائلة .

الناحية الاجتماعية : يقدر التحليل النفسى دور العوامل الاجتماعية . فإذا كان المجتمع مجموعة من الأفراد فإن العائلة وهى ظاهرة عالمية هى محور البنيان الاجتماعى . ويتأثر الفرد بالعائلة التى ينمو فيها وتتأثر العائلة بدورها بالمحيط الاجتماعى الأوسع . ونظراً لأن كل ثقافة لها أساليبها فى التنشئة الاجتماعية ، فإن هناك صراعاً حتمياً بين الطفل الذى تتحكم فيه القوى الغريزية وبين الراشدين المسئولين عن السلوك المقبول اجتماعياً . ويتوقف على سيادة الحب أو الكراهية فى البنيان العائلى ما إذا كان التفاعل بين الطفل ووالديه تفاعلاً مشبعاً أم محبطاً ، ويقرر فاين (٧ ، ص ١١) أنه طبقاً للمعايير التحليلية ، فإن كل الأبنية الاجتماعية التى درست مضطربة إلى حد خطير . والفرق ليس نوعياً ولكنه كمى ، أى أن الأمر ليس « سواء » مقابل « عصابية » ولكنه درجات من الاضطراب كبيرة أو قليلة . وتمارس كل ثقافة ضغوطاً كبيرة لإرغام الفرد فى هذه الثقافة على الانصياع لمعاييرها . ولذلك فإن الاختيار يكون بين عصاب توافق لا سوى **maladjustment neurosis** وهو ما يسمى عادة عصاب أو ذهان ؛ وبين سواء عصاب-التوافق **adjustment neurosis normality** وهو ما يسمى عادة الشخصية القاعدية للثقافة **basic personality of the clture** ، والسواء بالمعنى التحليلى مثال أو نموذج لم يتحقق فى أى مجتمع معروف .

الناحية السيكولوجية : يرى التحليل النفسى أن الحالات السيكولوجية الداخلية تبدأ فى النمو فى مرحلة مبكرة جداً ، وذلك بالرغم من أنها لا تكتمل نضجاً إلا فى مراحل تالية . وقد استرعت هذه الحالات السيكولوجية الداخلية انتباه المحللين النفسيين بما فى ذلك مظاهرها السلوكية ، والأخيلة والخبرات الداخلية الشعورية ، ويصبح الإنسان مريضاً سيكولوجياً بسبب الخبرات الأولى المحيطة والتى تتبلور فى حالات داخلية معينة . ويصعب التخلص من هذه الحالات بعد أن تتكون ، كما أنها تجعل تناول الفرد أصعب من جانب المعالج حسب درجة التمثل الداخلى . والمعاناة قلق ظاهر أو باطن . ويتهم فاين المدارس الأخرى بأنها تهتم

بالقلق الظاهر ، بينما يهتم التحليل النفسى بالقلق الباطن . وفى معظم الحالات ، فإن القلق الباطن يتعين استنتاجه من الصورة الكلية للفرد ومن بنيان الأنا . فمثلاً ، الدفاعات السحرية magical التى يبدو على السطح أنها تشير إلى أن الفرد سعيد ، لا يتبناها الفرد إلا إذا كان هناك قدر كبير كامن من القلق .

النظرية المعاصرة فى التحليل النفسى (سيكولوجية الأنا) :

يحاول فاين (٧ ، ص ١١) أن يلخص[٩] هذه النظرية باستخدام نظام متبنى من فرويد يمكن من خلاله فهم أى حدث إنسانى أو خبرة إنسانية من أكثر من وجهة نظر مما يلى :

وجهة النظر التوبوغرافية : صاغ فرويد نظرية اللاشعور فى الفصل السابع من كتابه « تفسير الأحلام » (١٩٠٠) . وطبقاً لهذه النظرية فإن الحدث العقلى يمكن أن يكون لا شعورياً ، أو قبشعورياً ، أو شعورياً . واللاشعور هو مجموعة دينامية من الرغبات المكبوتة بسبب القلق والتى تجاهد لتفريغها . وتنشأ هذه الرغبات من حاجات غريزية ، ولكنها قد تمتد إلى ما هو أبعد من ذلك . ويمكن معرفة الشعور فقط حين تفرغ هذه الرغبات فى صورة أخيلة أو أحلام أو أعراض عصابية أو سلوك نشط ظاهر . وبغير ذلك فإن اللاشعور يعمل فى صمت بعيداً عن وعى الملاحظ .

والعملية الأولية هى تلك التى تسود فى اللاشعور . وتكشف دراسة العملية الأولية عن نشاط وظيفى عقلى يختلف اختلافاً رئيسياً عن التفكير العقلانى العادى فى المعارف والأحلام الطفلية والأفكار الذهانية . وأهم خاصية لها هى المجاهدة فى سبيل التفريغ الفورى . والحيلتان (الميكانيزمان) الرئيسيتان اللتين تلجأ إليهما العملية الأولية هما : التكثيف condensation (حلول فكرة واحدة محل أفكار عديدة كما هو الحال بالنسبة لعمل الرموز فى الفن أو اتسام شخص واحد فى حلم بسمات عدة أشخاص فى نفس الوقت أو تعبير عرض عن أكثر من عنصر) ، والإزاحة displacement (إزاحة الأفكار أو المشاعر إلى مجال مختلف تماماً لا توجد معه رابطة) ، والترميز symbolization وهو حيلة ثالثة للعملية الأولية ترتبط بالحيلتين السابقتين ، ويسمح الترميز بتمثيل المادة اللاشعورية فى

الحياة الشعورية لأنها تخفى المعنى الحقيقى . وعلى عكس العملية الأولية ، تقوم **العملية الثانوية** على المستوى الشعورى بالتفكير العقلانى العادى .

وجهة النظر التكوينية الارتقائية : والمقصود هنا هو المعنى الارتقائى وليس الوراثى . وقد تطورت وجهة النظر الارتقائية كثيراً بعد فرويد بالرغم من أن وصفه لمراحل الارتقاء السيكو – جنسى على ثلاثة مراحل أساسية هى :

المرحلة الأولى : وتمتد من الولادة إلى أول تفتح للجنسية حوالى سن الثالثة إلى الخامسة . وفيها تكون المظاهر الجنسية مشتقة من الذات **auto erotic** ، وترتبط بمجال هام بيولوجياً وتسيطر عليها منطقة شبقية الأصل . وينظر إلى الأطفال فى هذه المرحلة على أنهم متعددو أشكال الشذوذ **polymorphous perverse** فيمكن جعلهم يشتقون اللذة من أى نشاط جسمى .

المرحلة الثانية : وهى مرحلة الكمون **latency** وهى تمتد من الخامسة حتى البلوغ **puberty** . وتبدأ الحياة الجنسية فى الظهور من الثالثة إلى الخامسة حيث يبدأ الطفل فى الاستطلاع الجنسى الممتد ، فيحاول أن يعرف من أين يأتى الأطفال . وقد يتصور أنهم يخلقون عن طريق الأكل ويولدون عن طريق الشرج . ثم تنشأ بعد ذلك الأخيلة حول القضيب ، فينشأ لدى الولد الذكر « قلق الخصاء » **castration anxiety** ، ولدى البنت « حسد القضيب » **penis envy** . وينظر الطفل غالباً إلى الاتصال الجنسى بوصفه عملاً سادياً . إلّا أن هناك عنصرين يظلان غير مكتشفين من جانب الطفل ، وهما : دور المنتجات الجنسية **sexual products** ووجود المهبل **vagina** . وغالباً يمارس الطفل استطلاعاته الجنسية على انفراد ويتجنب الناس فى بيئته . وبالطبع ، فإن الطفل إذا لم تتوفر لديه المعلومات الجنسية المناسبة ، فإنه يلجأ إلى الأخيلة حول هذه المعلومات ، ويصعب ألا يبالى الطفل بهذه الأمور كما يظن بعامة .

ويمكن تقسيم هذه المرحلة إلى ثلاث مراحل هى : الفمية **oral** ، الشرجية **anal** ، والقضيبية **phallic** . وتعتبر هذه المراحل الآن مكونة من دفعات نوعية حسب المرحلة المعنية . والعقدة المركزية فى المرحلة القضيبية هى العقدة الأوديبية ، وفيها يرغب الطفل أن يحل محل الوالد من نفس الجنس وأن يمارس الجنس أو الاتصال البدنى مع الوالد من الجنس الآخر . ونتيجة لهذه الرغبات

الأوديبية فإن الطفل فى هذه المرحلة يسيطر عليه « قلق الخصاء فى الذكر » أو « حسد القضيب » فى الأنثى . ويقصد بقلق الخصاء بعض الخوف من أذى أو تدمير يصيب القضيب أو الأعضاء الذكرية . أما حسد القضيب فيقصد به أن البنت تحسد الولد لامتلاكه قضيباً . ويعالج هذا الحسد بعد ذلك بإحدى طرق ثلاث : (أ) انتقام تحاول فيه المرأة الانتقام من الرجل ، (ب) تحقيق الرغبة تحاول فيه المرأة أن تصبح رجلاً ، (جـ) التوحد مع الأم ، حيث تستسلم البنت لحقيقة عدم امتلاكها قضيباً ، وترغب فى أن تنمو لتصبح مثل أمها . ويتمثل الحل الناجح للموقف الأوديبى لدى الطفل الذكر فى التوحد مع الأب أو النموذج الذكرى . وبينما كان فرويد يعتقد أن حسد القضيب بيولوجى (٧ ، ص ١٣) فإن معظم الباحثين اليوم يعتقدون بأنه مفهوم ثقافى . وفى ضوء الهجوم الذى يشنه أنصار تحرر المرأة على هذا المفهوم فإنه يتعين التأكيد فى نظر فاين على أن حسد القضيب هو فى الأساس ملاحظة اكلينيكية حول ما تشعر به المرأة ، وليس انتقاصاً من قدرها ، ويؤكد فاين أن التحليل النفسى يساند بشدة تحرر المرأة وأنه يتعين اعتباره من الحركات الرئيسية فى هذا الاتجاه .

وفى المرحلة الفمية ، فإن الأم هى الشخص الذى يهتم به الوليد أكثر ما يهتم . وبعد السنة الأولى من الحياة أو ما يقرب منها ، حيث يدخل الطفل فى المرحلة الشرجية ، فإنه يتحرك نحو الأشخاص الآخرين . ونتيجة لذلك ، فإن هناك مرحلتين فى اختيار الأشخاص والموضوعات فى الفترة من سن سنتين إلى خمس سنوات ، والأخرى فى مرحلة البلوغ . وقد لا يتوفر الانسجام بين هاتين المرحلتين مما يؤدى إلى اضطراب الفرد . وفى مرحلة البلوغ ، فإن هدفاً جنسياً جديداً يظهر ، وهو تفريغ النتاج الجنسى وتصبح كل الأهداف الأخرى خاضعة لهذا الهدف . ويتعين اختيار موضوع يوجه نحوه خليط من مشاعر الحنو ومن الدفعات الجنسية .

وتتمثل الخصائص الجنسية للراشد أساساً فى نشاط الأعضاء الجنسية . ويسهم إشباع الغرائز القبجنسية أو الغرائز المكونة فى إمداد الفرد العادى باللذة القبلية fore pleasure ولكن اللذة الكاملة أو النهائية لا تتحقق إلا بالاتصال الجنسى . فإذا بولغ فى إشباع اللذة القبجنسية على حساب اللذة النهائية ، فإن ذلك يؤدى إلى كف النمو ، وذلك هو ما يحدث فى كثير من اضطرابات التفعيل

acting out disorders . وعند البلوغ تبدأ الفروق الملحوظة بين الذكور والإناث فى الظهور . فالمرأة يتعين أن تحول المنطقة الشبقية الرئيسية بالنسبة لها ، أو المصدر الرئيسى للإشباع الجنسى من البظر إلى المهبل ، وهو تحول يخلق غالباً المشاكل . أما الرجل ، فإن المنطقة الشبقية الرئيسية بالنسبة له هى القضيب ، وهو لا يتطلب تحولاً عند البلوغ . ويمثل إيجاد موضوع عند البلوغ عملية معقدة ، ذلك أن مص الوليد لثدى الأم يصبح النموذج أو النمط البدئى prototype لكل علاقة حب . وبذلك فإن إيجاد موضوع يكون فى الحقيقة إعادة إيجاد . والموضوعان الأولان هما الوالدان ، ويخلق ذلك مشكلة اختيار موضوع من المحارم . وتتحدد علاقات الحب للمراهق وللراشد إلى قدر كبير بتعقيدات مشكلة حب المحارم والعقدة الأوديبية .

وجهة النظر الاقتصادية : وهى وجهة نظر تؤكد على العامل الكمى فى الوظيفة العقلية . وقد ربط فرويد فى بداية الأمر وجهة النظر هذه بمفهوم الكم فى الطاقة العقلية ، ويفصل ذلك فى طرق ثلاث مختلفة هى :

(أ) يكون الشخص شحنة انفعالية cathexis أو موضوعات يرغب فيها أو يخاف منها بوجه خاص وتتكون الشحنة الانفعالية نحو موضوع إذا كان له دلالة انفعالية بالنسبة للشخص .

(ب) الطاقة مطلوبة بوصفها وقوداً للبنيان النفسى . وقد بدأ فرويد أصلاً بالنظر إلى ذلك بوصفها صادرة عن « الجنسية » ثم افترض هارتمان بعد ذلك أن الأنا يعمل بطاقة انتزعت منها العدوانية desaggressivized energy . ومفهوم الطاقة من المفاهيم التى يشيع حولها الكثير من الجدل . ويرى كثيرون أنه مفهوم يمكن الاستغناء عنه كلية كما استغنى عن مفهوم الأثير فى فيزياء القرن التاسع عشر .

(جـ) تحتل أفكار معينة بؤرة الوعى . وتمثل هذه الأفكار هاديات cues لنظام الشحنات وذلك هو الأساس النظرى لعملية التداعى الحر .

وجهة النظر البنوية Structural : تنقسم الشخصية طبقاً لوجهة النظر البنيوية إلى ثلاثة مركبات هى : الهو id والأنا ego والأنا الأعلى super-ego .

ويرجع هذا التصور إلى عام ١٩٢٣ ويشكل أساس كل سيكولوجية الأنا منذ ذلك الوقت .

(أ) الهو : مصدر كل البواعث ومستودع الغرائز . وقد اشتقت الكلمة id من المحلل الألمانى Groddeck والذى وصف الكائن الإنسانى بأنه مدفوع بقوى غير معروفة وغير قابلة للمعرفة . وقد افترض فرويد فى البداية أن الجنسية هى الباعث الوحيد ولكنه بعد عام ١٩٢٠ قدم نظرية مزدوجة للغرائز تشكل فيها الجنسية والعدوانية الغريزتين الأساسيتين . ونظراً لأن مفهوم الغريزة لم يتأصل فى علوم الحياة (البيولوجيا) كما كان يأمل فرويد فى البداية ، فإن معظم الكتاب يفضلون استخدام مصطلح « الباعث الغريزى » "istinctual drive" على مصطلح الغريزة . والباعثان الغريزيان الرئيسيان هما ، الجنسية والعدوانية . ويرفض كل المحللين تقريباً افتراض فرويد الخاص بغريزة الموت ، إلّا أنهم يقبلون نظرية مزدوجة بديلة تحتل فيها العدوانية مركزاً متكافئاً مع الجنسية (٧ ، ص ١٤) . وبالرغم من أن البواعث الغريزية تمثل معطيات بيولوجية وفسيولوجية فإنه يتعين فى تقدير فاين على كل فرد التسليم بها ، إلا أنه يوافق أيضا على أنها قابلة للتأثر بالعوامل الحضارية . وقد أوضحت البحوث الأنثروبولوجية أن البواعث الغريزية يمكن تشكيلها بطرق عديدة مختلفة فى مختلف الحضارات ، إلّا أن كل الحضارات يتعين أن تعمل داخل إطار معين يتحدد بيولوجياً .

ويتضمن نمو القدرة على الإشباع الجنسى كما يصفه فرويد وتلامذته الانتقال الناجح خلال المراحل المختلفة للنمو : الفمية والشرجية والقضيبية ومرحلة الكمون ثم مرحلة البلوغ . والمنطقة الرئيسية فى الرجل هى القضيب . ويواجه الرجل صعوبات بسبب صعوبات المحارم التى تحيط بالنمو . وفى المرأة فإن الافتراض الأصلى هو أنها تتحول من الشبق (الأورجازم) البظرى إلى الشبق المهبلى ، فيحتل المهبل مكان البظر بوصفه المنطقة الرئيسية للإشباع . وقد تحدى ماسترز وجونسون هذه النظرة فى بحوثهما التى أظهرت أنه لا يوجد تمايز فسيولوجى بين الأورجازم البظرى والأورجازم المهبلى . إلّا أن الافتراض الأصلى كان أيضاً هو أن المرأة التى تعجز عن الحصول على الأورجازم المهبلى تكون غير قادرة على تحقيق النضج السيكولوجى الكامل ، وعلى العكس فإن المرأة التى تحقق النضج السيكولوجى الكامل تصبح قادرة على الحصول على الأورجازم . وقد أثيرت

تساؤلات حول كل من هذين الافتراضين نتيجة البحوث الاكلينيكية والمعملية. ومع ذلك فإنه يمكن القول بأن هناك انتقالاً من الأورجازم البظرى إلى الأورجازم المهبلى من حيث أن رد الفعل الفسيولوجى الخالص الذى يحدثه الاستمناء يتجاهل الجوانب السيكولوجية للخبرة الجنسية الكلية. ويبدو أن كلا من المرأة والرجل متشابهان من حيث أن الاستجابات الفسيولوجية التى يستثيرها الاتصال الجنسى فى الأعضاء الجنسية لا تختلف أساساً عن تلك التى يحدثها الاستمناء. وتنشأ الاختلافات لأسباب سيكولوجية خالصة (٧ ، ص ١٤) والهدف النهائى للارتقاء الجنسى وللأولية الجنسية يتحقق عن طريق اتحاد مشاعر حنو ومشاعر جنسية نحو شخص من الجنس الآخر. وهكذا، فإن القدرة على النضج تتضمن القدرة على الحب، وليس فقط مجرد القدرة على الأورجازم. ولا يمكن افتراض أن الاستجابة الأورجازمية كما هى كافية للنضج السيكولوجى ولكن يمكن افتراض أن الفرد الناضج سيكولوجياً سوف يكون قادراً فى الظروف الصحيحة على تحقيق الاستجابة الأورجازمية.

ومن المهم التنبيه إلى أن فرويد يقصد بالدافع الجنسى أكثر من مجرد الرغبة فى الاتصال الجنسى، إذ أنه يشمل المدى الكلى للخبرات السارة المرتبطة بالأنشطة البدنية والتعبيرات النفسية عنها. وقد افترض فرويد أن هذا الدافع يلعب دوراً حاسماً فى حياة الطفل منذ البداية وفى المراحل المختلفة التى تنتهى بما اسمى « الأولية الجنسية » وهى لا تتحقق قبل مرحلة البلوغ. وقد استخدم فرويد لفظ « ليبيدو » لتمييز الطاقة المستثمرة فى الدافع الجنسى عن غيرها من « الشحنات » فى الحياة النفسية. وبالأضافة إلى المناطق التى يتركز فيها الليبيدو مع غيره من الطاقات فى المراحل المختلفة (الفم ثم الشرج ثم القضيب والبظر) فإن أعضاء أخرى معينة فى الجسم مثل العينين والجلد والجهاز العضلى يمكن أن يستثمر فيها الليبيدو، ويمكن أن تنشأ عنها ظواهر تفريغ للشحنات. وحركة الليبيدو فى الطفولة من منطقة لأخرى تكون أكثر مرونة وأقل جموداً مما هى فى المراحل التالية من العمر، وهذا هو ما دعا فرويد إلى وصف الطفل بأنه « متعدد أشكال الانحراف » وهو لا يعنى بذلك أن الطفل منحرف جنسياً بنفس المعنى المستخدم فى حالة الراشد. ومن المهم كذلك توضيح تعريف فرويد للمصطلحات المستخدمة فى ضوء ما سبق. فالغريزة أو الباعث الغريزى أو الباعث drive

(وكلها ترجمات مقبولة للكلمة الألمانية trieb) هى التمثيل العقلى لعملية داخلية الأصل مستمرة التدفق . ويمكن تعريف الباعث فى ضوء الضغط « العامل الحركى أو مقدار القوة أو الطلب للعمل الذى تمثله » . والمصدر « العملية العضوية التى تحدث فى العضو أو فى جزء من الجسم والذى تمثله الغريزة المثيرة فى الحياة العقلية ، وبالتالى تصبح العضوية التى تحدث فى العضو أو فى جزء من الجسم والذى تمثله الغريزة المثيرة فى الحياة العقلية ، وبالتالى تصبح دراسة المصدر خارج نطاق علم النفس . « والغرض » aim قد يكون داخلياً ، أى تفريغ الشحنة ؛ أوخارجياً أى الوسيلة التى تفرغ بها الشحنة مثل المص أو الإخراج أو الاختراق إلخ .. وأخيراً « الموضوع » object وهو الشيء حياً أو غير حى ، بشرياً أو غير بشرى ، الذى يحقق فيه الباعث غرضه . وحين يكون الموضوع هو المصدر نفسه (أى العضو مثل القضيب) يوصف النشاط المؤدى إلى تفريغ الشحنة بأنه « شبق ذاتى » atuo erotism ، أما إذا كان الموضوع خارج الفرد مثل شريك فى عملية الاتصال الجنسى ، فإن النشاط يوصف بأنه « ليبيدى ذات موضوع » object lìbidinal . وهكذا فإن الليبيدو قد يتحرك فى أى الاتجاهين أوفى الأغلب فى الاتجاهين معاً فى نفس الوقت ؛ وتكوينياً (انتوجونياً) من حيث المصادر والأغراض وأساليب التفريغ من المراحل الفمية إلى الشرجية والقضيبية إلى أولية التفريغ الجنسى والذى يتحقق فى مرحلة البلوغ .

وثمة اضافتان لما سبق : الأولى هى أن النشاط الموجه إلى الموضوع يوجه بصورة أدق إلى ما يمثله هذا الموضوع عقلياً ، إذ أن الموضوع الحقيقى الخارجى قد لا يعرف حقيقة أو قد لا يفهم فى كل أبعاده . والإضافة الثانية هى أنه بتقدم الفرد من المرحلة القبجنسية إلى المرحلة الجنسية من الارتقاء ، فإن تقديره للموضوع ومشاعره نحوه توجه بصورة متزايدة نحو اهتمامات ومصالح الموضوع أكثر مما توجه إلى اهتمامات ومصالح الذات . وأحسن النتائج المرغوبة لتطور الليبيدو يتمثل فى تحقيق الأولية الجنسية دون تعويق من التثبيت على مستويات سابقة ، أى التنميطات القبجنسية ، وهى التنميطات التى تلعب دوراً هاماً فى الأنشطة التى تسبق الاتصال الجنسى وفى الإعداد للتفريغ الشبقى الكامل ولكن بطريقة ثانوية . ذلك أن أكثر المراتب كمالاً فى تفريغ الشحنة الليبيدية تتمثل فى الاتصال الجنسى الغيرى . كما أن فرويد لم يعرف الحب فى ضوء عناصره الحسية

فقط بمعزل عن الجوانب الوجدانية (الحنو) ، بل على العكس فإنه قد أوضح النتائج الباثولوجية للثنائية بينهما .

وطبقاً لنظرية فرويد ، ينشأ العصاب إذا واجهت الأعراض الموضوعات الطفلية كبتاً شـديداً . وفى هذه الحالة يتم التفريغ ولكن بصورة مقنعة من خلال الأعراض . فمثلاً : قد تكمن رغبة فى اختراق فمى وراء أعراض القيء الهستيرى ، كما أن سمات خلقية معينة قد تعبر عن تأثير الصور المبكرة للنشاط . فمثلاً : قد يكون العناد تعبيراً عن تثبيت شرجى ، أى أنه يشكل تفريغاً جزئياً عن مقاومة الطفل لمنح الوالدين برازه بناء على طلبهما . وكذلك فإن تجريد باعث غريزى من الجنسية ، مع تغيير أغراضه طبقاً للمعايير الاجتماعية المقبولة ، قد يؤدى إلى نشاط ثقافى مرتفع القيمة . وهذا هو مفهوم « الإعلاء » الذى تطور منذ ذلك الوقت تطوراً كبيراً فى ضوء علم نفس الأنا .

وقد صنف فرويد مجموعة من الظروف التى تستجيب للتحليل النفسى تحت فئة « أعصبة الطرح » مقابل « الأعصبة النرجسية » وهى التى تشمل الذهان أساساً ، ولا تستجيب بسهولة لأسلوب التحليل النفسى . وقد استخدم فرويد أيضاً مصطلح « عصاب الطرح » للدلالة على المرحلة النكوصية المؤقتة فى عملية العلاج والتى تشير إلى التعلق الشديد من جانب المرضى بالمحلل بحيث يضعونه فى مركز حياتهم الوجدانية وما تتضمنه من جوانب عصابية ، وهى علاقة تيسر للمحلل أن يقوم تفسيراته للمريض على أساس أن جذور الصراع العصابى تكمن فى علاقاته الأولى بالموضوع فى المرحلة الأوديبية . وسف تعود إلى مناقشة هذه النقطة فى فقرات تالية .

وقد يستثير الاتصال الجنسي الغيرى والظروف المحبطة فى حياة الراشد موقفاً يعجز عن تحمله إذا كان مثبتاً عند هذه المرحلة . وتنشأ عن ذلك أعراض عصابية تقوم على أساس المحرمات والقلق والشعور بالذنب والخصائص الدفاعية لهذه المرحلة من التطور . وتمثل الأعراض الهستيرية والأعراض الوسواسية – القهرية محاولة للتوفيق بين القوى المكبوتة والكابتة للمرحلة الأوديبية ، وتعكس أعراض الوسواس – القهر نكوصاً أكثر عمقاً إلى المرحلة الشرجية ، وهو نكوص يمثل هروباً من الإغراءات المحرمة والمجرمة للعقدة الأوديبية . ويحاول المعالج فى

التحليل النفسي مساعدة العسيل على أن يعيش مرة أخرى خلال الصراع القديم ، وأن يحول الأخيلة من اللاشعور إلى الشعور وأن يقدم له تفسيرات مقنعة عن الصراع .

وبعكس النظر إلى الجنسية ، فإن هناك عدة وجهات نظر إلى العدوانية ، فمعظم المحللين اليوم يرفضون نظرية فرويد فى غريزة الموت ، والكثيرون منهم يأخذون بالنظرية المزدوجة فى الغريزة ، بينما يأخذ كثيرون آخرون بنظرية مفردة فى الغريزة . ويرى هارتمان أن العدوانية فى الفرد السوى تعالج بواسطة التحييد neutralization ويتضمن تحولاً من أسلوب غريزى فى إفراغ الشحنة إلى أسلوب غير غريزى . وقد أدى الأخذ بمفهوم التحييد إلى نتيجتين هامتين : الأولى هى أن هارتمان نفسه أوضح أن التحييد غير موجود لدى الفصاميين ، والثانية هى ما افترضه ماكس شور من أن الاضطرابات السيكوسوماتية تنشأ عن عملية إعادة التبدين resomatization تنتج عن فقدان التحييد السابق للبواعث البدنية .

(ب) **الأنـا** : ينظر اليوم إلى الأنا على أن له جوانب دفاعية واستقلالية . وتتكون الجوانب الدفاعية من اجراءات تتخذ لأبعاد القلق المرتبط بالدفعات المحرمة . ويمثل الصراع بين أنا يحرم ويرغب ويضغط للتفريغ الفكرة الرئيسية الأولى فى التحليل النفسى ، فقد ظهرت عام ١٨٩٤ . ومن الناحية النظرية ، فإن الأنا يجد أن إبعاد المخاطر الخارجية أسهل من إبعاد المخاطر الداخلية ، إذ يمكن معالجة المخاطر الخارجية عن طريق الهروب ، بينما لا يمكن إبعاد المخاطر الداخلية عن هذا الطريق . وينشأ الأنا مسلحاً بعدد متنوع من الدفاعات لحماية الكائن الذى يمكن أن يصيبه التلف أو التدمير نتيجة إطلاق البواعث الداخلية أو حتى مجرد الوعى بها .

وقد قدر فرويد (٢٢ ، ص ٣٠٦) أن الأعراض تنشأ من خلال ميكانيزم نفسى هو الدفاع اللاشعورى أى محاولة كبت فكرة غير مقبولة لدى الأنا ، وأن مختلف الأعراض تعكس دفاعات مختلفة قد يستخدمها المريض لوقايته من الإزعاج العقلى . وقد بدا لفرويد أنه من الممكن أيضاً الربط بين نوعية الأعراض ونوع وتوقيت الصدمة الماضية . فمثلاً ، الخبرة السلبية لصدمة جنسية فى الطفولة ينتج عنها غالباً شكل من أشكال التعبير البدنى ، وهى العملية التى أسماها فرويد

« تحول » conversion . ومن الناحية الأخرى فإن محاولة نشطة للإغراء أو الغواية من جانب الصغير يمكن أن تؤدى إلى حالات من الوسوسة . وفى الوساوس فإن الدفاعات تُحل الأفكار غير المؤذية محل الأفكار الأليمة . وفى أمراض أخرى ، قد يأخذ الدفاع صورة نسيان تام للفكرة وما يرتبط بها من حالات انفعالية أليمة . وفى المخاوف المرضية ، افترض فرويد أن الدفاعات تتكون من مزيج من ميكانيزمات التعويض والإزاحة ، بينما يكون الاسقاط هو الميكانيزم الفعال فى البارانويا ، أى نسبة اتجاهات العداوة لدى المريض نفسه إلى موضوعات خارجية .

وتصف آنا فرويد فى كتابها « الأنا وميكانيزمات الدفاع » (١٩٣٦) عشرة ميكانيزمات دفاعية يشيع استخدامها فى كتابات التحليل النفسى وهى : النكوص regression ؛ الكبت repression ؛ التكوين العكسى reaction formation ؛ العزلة isolation ؛ عدم الفعل undoing ؛ الإسقاط projection ؛ الاستدماج introjection ؛ العمل ضد الذات turning aganist the self ؛ العكس أو القلب reversal ؛ والإعلاء sublimation . إلّا أن الوصف الرسمى للميكانيزمات الدفاعية تعطى فقط صورة مصغرة عن العملية الدفاعية التى يشغل الفرد بها . ويندر حدوث صراع منفصل بين باعث مفرد معين وقلق مضاد مفرد معين . والأكثر شيوعاً هو وجود تفاعلات قوية ومعقدة بين بواعث عديدة وأنواع عديدة من القلق . ومن النادر إنهاء صراع دفاعى بنجاح عن طريق نشاط دفاعى معين . وقد تنجح هذه الدفاعات تحت ظروف معينة بقدر كبير أو قليل ، ولكنها قد لا تكون كافية فى ظروف أخرى .

وفضلاً عن ذلك ، فإن العملية الدفاعية قد تمتد إلى كل جانب تقريباً من جوانب حياة الفرد . ويتعين التمييز بين الأنشطة التى لا تستثير قلق فرد بصرف النظر عن مقدار الألم ورد الفعل النابع من الخارج ego syntonic activities والأنشطة التى تستثير القلق حتى إذا لم تصدر أى ضغوط من الخارج ego dystonic . ويمكن النظر إلى المدى الكلى للنوع الأول من المناشط والذى يتضمن غالباً قدراً كبيراً من حياة الفرد فى ضوء بنيان من الدفاعات .

وطبقاً لهارتمان (ف ٧ ، ص ١٤) يشتمل الأنا المستقل على تلك الأنشطة فى الدائرة المتحررة من الصراع ، أى أنها ego syntonic . ويتعين تمييز الاستقلال الأولى عن الاستقلال الثانوى للأنا . وثمة وظائف معينة مثل الكلام والمشى واللغة والإدراك والذاكرة ووظائف معرفية أخرى هى متحررة أصلاً من الصراع بالنسبة للطفل ويقال أنها تتميز باستقلال أولى للأنا . وفى حالات أخرى ، يتكون ميكانيزم دفاعى يتطلب مكانة مستقلة بحيث يحرر نفسه من القلق الذى دفع الفرد سابقاً إلى تبنى هذا الدفاع . وفى هذه الحالة ، يقال أن هناك استقلالاً ثانوياً للأنا يتماثل أو يتشابه مع ما وصفه آلبورت بالاستقلال الوظيفى . ويتصور هارتمان حالة غير متمايزة من الأنا - الهو عند الولادة ينشأ منها الأنا فى مناطق معينة مستقلاً عن الهو . وفى مناطق أخرى تنمو الوظيفتان فى ارتباط متبادل . وقد أدى تصور هارتمان لاستقلالية الأنا إلى بعض البحوث التجريبية والناقدة فى العلاقة بين أسلوب الإدراك والتنظيم العام للشخصية . وقد أوضحت هذه البحوث أن هناك ارتباطاً وثيقاً بين الإثنين .

(ج) **الأنا الأعلى (القيم الخلقية والاجتماعية)** : الأنا الأعلى هو الممثل الداخلى للوالدين . وهو الذى ينشأ بعد حل العقدة الأوديبية عند حوالى خمس أو ست سنوات من العمر . ويعمل الأنا الأعلى بوصفه وسيطاً بين الفرد والبيئة وبوصفه حاملاً لذلك الجزء من الشخصية الذى يتعامل مع القيم الاجتماعية والخلقية . وقد أبرز بارسونز (ف ٧ ، ص ١٥) الطريق الذى يمكن به لمفهوم الأنا الأعلى توحيد نظرية الشخصية ونظرية النظام الاجتماعى فى نفس الإطار التصورى العام تقريباً . فعن طريق الأنا الأعلى يتمثل الطفل قيم المجتمع .

ويثار كثير من الجدل حول ما إذا كانت هناك قيم متضمنة فى التحليل النفسى . ورغم أن فرويد قد أنكر أن التحليل النفسى يتضمن قيماً غير القيم العلمية scientific weltanschaung ، إلّا أنه أكد أن الشخص السوى هو الشخص القادر على الحب والعمل . والحب فى ضوء التحليل النفسى هو القيمة التحليلية الرئيسية ، وهو الذى يقهر المشكلات العصابية ، بينما يؤدى نقصان الحب إلى مختلف التعقيدات العصابية . والمهمة الفنية للتحليل النفسى هى استخلاص طبيعة هذا الحب . فإذا كان الحب هو هذه القيمة الأساسية ، فكيف يختلف التحليل النفسى إذن عن المسيحية ؟ حاول القس السويسرى والمحلل النفسى

الممارس تلميذ فرويد أوسكار فيستر O. Pfister الجمع بين الحب المسيحي والتحليل النفسي . ولازال كتابه فى المسيحية والخوف (١٩٤٨) مرجعاً قيماً يقدم التمييز الرئيسى بين الحب والدوجما . ونقصان الحب الذى يحدث عادة بين العصابيين القهريين غير المتدينين يتحتم فى تقدير فيستر أن يصاحبه فى النهاية بين المتدينين تأكيد زائد على الدوجما ، وهى مبالغة تؤدى إلى العبادة المطلقة للدوجما . وقد ينتج عن ذلك أن تكف المسيحية عن أن تكون دين الحب بل تصبح دين الخوف (٧ ، ص ١٦) .

وقد حاول فاين أن يوسع من نطاق التصور الفرويدى للحب والعمل بوصفهما أساس السواء إلى تصور أكبر للسعادة فى المجتمع . وهو يرى أن العلاج النفسى هو أول محاولة علمية لجعل الناس سعداء . وبالإضافة إلى الحب والعمل ، فإن النموذج التحليلى يتضمن جوانب هامة منها السعى وراء اللذة وإطلاق الانفعالات الإيجابية والقضاء على الكراهية والانفعالات السلبية الأخرى واكتساب دور له معنى فى العائلة والشعور بالهوية فى المجتمع الأكبر والانشغال بشكل مشبع من أشكال العمل ومتابعة شكل ما من أشكال النشاط الخلاق والقدرة على الاتصال بالآخرين .

ويقدر فاين أنه يمكن تسمية المثابرة على تطبيق هذا النموذج لتغيير المجتمع « العلاج المجتمعى » societal therapy . وهو يرى أن التحليل النفسى يختلف عن كل من المنهج الفلسفى والدين فى أنه يقوم على أساس فهم للميكانيزمات السيكولوجية المتضمنة داخل العائلة وفى العلاقة بين الأنا والبنيان الاجتماعى الأكبر ، وبالتالى فهو يقدم نظرة متفائلة لخلق عالم أفضل فى المستقبل ، بينما يقوم المنهجان الفلسفى والدينى على التبعية وما يتضمنه ذلك من أنواع الطرح وتكرار مواقف التبعية !

وجهة النظر البينشخصية : وهى وجهة النظر التى تبناها ساليفان بخاصة ، وغيره ممن أكدوا على المجال البينشخصى فى كل الأنشطة الإنسانية . وفى السنين الأولى من العمر ، يتكون هذا المجال البينشخصى كلية تقريباً من العائلة التى تصبح مهداً تنمو منه كل العلاقات التالية . وبينما يستمر النمو لفترة ، فإن السمات الأساسية للشخصية والاستجابات للأفراد المهمين فى العائلة تصبح ثابتة نسبياً فى

الوقت الذى يتكون فيه الأنا الأعلى ، وهو حوالى الوقت الذى يبدأ فيه الطفل الذهاب إلى المدرسة . ويتوقف الكثير من العلاقات البينشخصية بعد ذلك على ألوان الطرح من هذا البنيان العائلى المبكر . والطرح رغم استخدامه أساساً فى مجال العلاج ، هو خاصية عالمية للكائنات الإنسانية . وأنواع الخبرة التى تقدم إشباعاً فى المراحل المبكرة من العمر تنزع إلى أن تتبع مع الناس الآخرين ، بينما ينزع الفرد إلى تجنب أنواع الخبرات التى تؤدى إلى الإحباط . ويمكن القول بأن كل العلاقات التالية تتوقف بدرجات مختلفة على أنواع الاشباعات والاحباطات التى يخبرها الفرد فى عائلته النووية .

ويمكن تصور عملية النمو فى ضوء النمو من الأم إلى الأب إلى الناس فى العالم الخارجى ، وفى نظر فرويد يتقدم الطفل من مرحلة نرجسية narcissistic يهتم فيها فقط بنفسه ، إلى مرحلة اعتمادية anaclitic يعتمد فيها على غيره وأخيراً إلى مرحلة حب الموضوع object love وفيها تقوم تبادلية بينه وبين شخص آخر متضمنة الجمع بين مشاعر الحنو والمشاعر الجنسية نحو الجنس الآخر . ويتصور هارتمان انتقالاً من علاقة تقوم على أساس إشباع الحاجة إلى مرحلة تقوم على أساس ثبات الموضوع object constancy . وحين يبدأ الطفل الذهاب إلى المدرسة ، فإن نمو علاقاته مع الآخرين يندمج أكثر وأكثر مع المجال الحضارى الكلى .

وجهة النظر الحضارية : تؤكد هذه النظرة الدور الذى تلعبه الحضارة الأوسع فى تكوين بنيان الشخصية والمحافظة عليه . ويطلق على المحللين الذين يؤكدون على دور الحضارة مصطلح « الفرويديين الجدد » Neo-Freudians . وقد أوضح فرويد فى كتابه « التوتم والتابو » (١٩١٣) أن نفس الميكانيزمات السيكولوجية توجد فى كل الحضارات ، ثم أوضح بعد ذلك أن نفس الحاجات توجد فى كل الكائنات البشرية فى كل الحضارات، ولكنها تتشكل بطرق مختلفة فى الحضارات المختلفة . وقد أدى ذلك إلى عدد من المحاولات لوصف الحضارات فى ضوء خصائصها السيكولوجية البارزة . ومن أبرز هذه المحاولات للتقريب بين التحليل النفسى والعلوم الاجتماعية تلك التى قام بها كاردنر وزملاؤه فى جامعة كولمبيا . وقد صاغ كاردنر مطلح « بنيان الشخصية القاعدية » basic perasonality structure لتعيين مجموعة الإنسان النووية فى الفرذ . ويعتبر هذا

المفهوم تنقية وتطويراً لمصطلح أقدم هو « الطابع القومى » national character ، إلّا أن المهم فى نظر كاردنر ليس الاسم ولكن أسلوب البحث فيه ، وإدخال وجهة نظر تكوينية فى علم الاجتماع . ويورد كاردنر قائمة تشمل عدداً من النظم الرئيسية التى تعمل على التكامل وتؤدى إلى تعيين أنساق هامة فى أى مجتمع وإلى توضيح بنيان الشخصية القاعدية فى هذه الحضارة . وتشمل هذه النظم : نظام رعاية الأم لوليدها ؛ نظم التعبير عن الوجدانات ؛ نظم التأديب المبكرة ؛ نظم التأديب الجنسى ؛ اتجاهات الأشقاء المؤسسة اجتماعياً ؛ الإلحاق بالعمل ؛ البلوغ ؛ الزواج ؛ الخلق والمشاركة فى المجتمع ؛ العوامل التى تبقى على المجتمع معاً ؛ النظم الاسقاطية (الدين والفلكلور) ؛ نظم الواقع المستمدة من المصادر الامبيريقية أو الاسقاطية ؛ الفنون ، الحرف والأساليب الفنية ؛ وأساليب الإنتاج .

وقد انتقد فرويد الحضارة الأمريكية ، فأشار إلى الاحباطات الجنسية الضخمة الناشئة عن العدائية وتبعه عدد من المحللين . بل إن هربرت ماركيوز من خلال نقده القاسى للحضارة الأمريكية ومناداته بضرورة إعداد ميثاق خلقى جنسى أكثر سواء ، أصبح يعد واحداً من فلاسفة اليسار الجديد . ويؤكد روهيم على حاجة الكائن الإنسانى إلى مرحلة طويلة من الاعتمادية تطول عن الفترة التى يحتاجها أى حيوان معروف فى سلم التطور . ويمكن أن نلمس تأثير هذه الاعتمادية الطويلة فى مظاهر التعلق الزائد بعد ذلك على موضوعات مفردة .

وقد صاغ رايسمان مصطلح « موجه داخلياً » inner-directed مقابل « موجه – نحو – الغير » other directed ، وأكد على الدور الأخير فى الحضارة الأمريكية . ويعتبر إريك فروم النظام الرأسمالى مسئولاً عن الأذى الذى يلحق بإنسانية الإنسان الحديث . وهو ينقد بخاصة عقلية السوق المسيطرة على الأمريكى العادى . وقد صاغ الشاعر W. H. Auden مصطلح « عصر القلق » لوصف العصر الحاضر . ويرجع الفضل إلى ساليفان فى شيوع مصطلح « العصابى – السوى » normal-neurotic ، بينما يصف فاين (٧ ، ص ١٨) العصر الحاضر بأنه « عصر الوعى » . وقد صاغ البعض « يوتوبيا » فى ضوء مفاهيم التحليل النفسى ومنهم فروم فى حديثه عن « المجتمع العاقل » وماركيوز الذى حاول أن يتصور مدينة خالية من الإحباط الجنسى .

وجهة النظر التواؤمية : وتعنى حاجة الكائن الإنسانى إلى أن يتواءم مع بيئته ، وهى حقيقة بيولوجية أكدتها نظرية التطور فى القرن التاسع عشر أكثر من القرن العشرين ، وأبرزها هارتمان فى العلاقة مع الأنا . كما صاغ رادو نظاماً أسماه « السيكودينامية التواؤمية » ويرى فاين أن وجهة النظر هذه لم تنل إلا أهمية قليلة فى التحليل النفسى ، حيث أن التؤاوم الأساسى للإنسان هو بالنسبة للأشخاص الآخرين ، أى أن المشكلة التواؤمية الحقيقية هى مشكلة بين الشخصية والحضارة .

التحليل النفسى بوصفه علاجاً

طرق انحسر دورها :

الإيحـاء suggestion : (وهو إدخال حالة عقلية فى المريض تكون على غير واقع أو خبرات المريض أو التوقعات المنطقية بصورة من الصور) . قبل اكتشاف طريقة التفريغ النفسى فى العلاج كان يعتمد أساساً على الإيحاء بطريقة مباشرة وعلى الحث وإعطاء النصيحة والتحكم فى بيئة المريض ، إذ لم يكن كل من المعالج والمريض على دراية باتيولوجية الأعراض أو على معرفة بكيفية إحداث تغييرات دائمة فى شخصية المريض . وكان يوجه الإيحاء مباشرة ضد الأعراض ، ويعتبر ناجحاً إذا أدى إلى قمع أعراض العصاب . ثم وجد أن التنويم المغناطيسى كان مفيداً فى تهيئة المريض للاستسلام للإيحاء من المعالج . ولكن بروييه وفرويد حققا تقدماً أكثر مما سبق حين أدركا أنه يتعين التعمق إلى معرفة السبب فى نشوء الأعراض . فإذا أزيل السبب ، زالت الأعراض تلقائياً . ولعل ذلك هو ما ميز التحليل النفسى حينذاك عن غيره من المدارس العلاجية . وبالرغم من أن المحلل يعزف غالباً عن إعطاء النصح وعن التدخل فى الحياة الخاصة للمريض ، إلّا أن ذلك قد لا يكون ممكناً أو مفيداً فى بعض الحالات وبخاصة مع صغار السن ومع العاجزين . ويرى التحليل النفسى أن الإيحاء ذو تأثير مؤقت . ويدفع المريض إلى موقف الطفل العاجز عن التفكير الناقد المستقل ، ولذلك فهو يلقى مسئولية شفائه كلية ومصيره على مصدر الإيحاء . وفضلاً عن ذلك ، فإن الإيحاء قد لا يكون مقبولاً من جانب بعض الحالات ممن يصعب إرغامهم على القيام بدور الطفل

العاجز . ويقرر برنستين (٥ ، ص ١١٧٢) أن التحليل النفسى يدعو إلى نوع من العلاج العقلانى يقوم على أساس محاولة فهم اتيولوجية الاضطراب على أساس من مبدأ الحتمية للأحداث السيكولوجية . فتبذل محاولة لكشف الغطاء عن الجراح السيكولوجية المنسية والتى أصبحت لا شعورية وهى التى يفترض أنها تحدد الحالة الباثولوجية . إلّا أن فرويد يحذر من أن الإيحاء قد يدخل عاملاً فى العلاقة العلاجية برغم جهود المعالج ، وذلك لأنه مصاحب طبيعى ولا شعورى لعمليات العلاقات بين البشر . وقد يكون تأثير الإيحاء غامضاً أو واضحاً ، عن قصد أو غير قصد ، شعورياً أو لا شعورياً ، مباشراً أو غير مباشر ، كلياً أو جزئياً ، وتأثير القرص الخداعى placebo هو نتيجة للإيحاء . وقد يستخدم المحلل النفسى الإيحاء لا بقصد العلاج ولكن بقصد ملاحظة وتحليل تأثيره على مقاومة العميل واستبصاره . وعلى كل حال يتعين أن يكون المعالج واعياً بما يفعله وبالحد الذى يتجاوز فيه الإيحاء حدود التحليل النفسى . وثمة تأثير إيحائى يتمثل فى الدور التربوى الذى يتعين على المعالج أن يلعبه ، حين يريد من عميله أن يستغل إلى أقصى حد القدرات المكتشفة بعد تحرره من الكف المرضى . ولكن فرويد يحذر من الضغط على المريض للإعلاء بما هو أبعد من إمكانياته .

التفريغ الانفعالى Catharsis : وهى الطريقة التى اكتشفها بروييه وحاول أن يفسرها فرويد نظرياً عن طريق التنفيس الانفعالى abreaction والذى تصاحبه استعادة الذكريات المرتبطة بها ولكن المنسية ، والتى تكون أساس الأعراض الهستيرية . فقد وجد أن هذه الأعراض تختفى إذا استعيدت هذه الذكريات إلى الشعور بما يصاحبها من وجدانات ، وبعد أن يصف المريض الأحداث بتفصيل وبانفعال . وقد استمر هذا التفسير قائماً حتى إحلال التحليل النفسى محل التفريغ الانفعالى . وتستعاد الأحداث المكبوتة أو المنسية عن طريق استخدام الإيحاء بعد تنويم المريض مغناطيسياً . ولا يعتمد تأثير الطريقة على الإيحاء ضد الأعراض ولكن على تفريغ الوجدان المحبوس الذى يحدث بعد استدعاء الخبرات الصدمية إلّا أنه لوحظ أن ذلك لا يمنع من ظهور أعراض جديدة فى ظروف مواتية . وقد يستعيد طيار مقاتل تحت تأثير التنويم أحداث هجوم وقع على طائرته ولكنه خارج التنويم لا تتغير حالة العجز لديه . وقد حدث التحول التدريجى من التفريغ الانفعالى إلى التحليل النفسى حين واجه فرويد حالة

لم تستجب للتنويم المغناطيسي فاضطر إلى تغيير طريقته ، وذلك بإحداث حالة لا تتطلب التنويم . وقد تم ذلك عن طريق وضع يده على جبهة رأس المريض والاصرار على أن يستعيد الذكريات المنسية . وقد نجح فرويد فى ذلك إلى الحد الذى دعاه إلى التخلى نهائياً عن التنويم المغناطيسى .

وقد أدى كل ذلك بفرويد إلى افتراض وجود مقاومة من جانب المريض تحول دون أن تصبح الأفكار المرضية شعورية وأن هذه القوة هى نفسها التى تولد الأعراض العصابية . ولذلك أصبح الهدف العلاجى هو مساعدة المريض على التغلب على مقاومة التذكر والتعبير عن ذكرياته فى كلمات وذلك باستخدام مختلف أنواع الضغوط ، وكانت تشتمل فى ذلك الوقت على الإيحاء والإصرار ومخاطبة دوافع المريض العقلانية وتعبئة وجدانه باستخدام التأثير الشخصى للمعالج . وكان فرويد قد اكتشف هو وبرويير ظاهرة « الطرح » كما كان فى هذه الفترة على وشك اكتشاف طريقة التداعى الحر والتفسير ، وبذلك انحسر دور التفريغ الانفعالى والتفسير . ورغم ذلك فإن جرعات مناسبة ومضبوطة من التفريغ الانفعالى قد تكون حاسمة فى العلاجات التعبيرية . ومن أمثلته تأثير الطرح .

المنهج الكلاسيكى فى التحليل النفسى :

ويمكن تلخيصه فى أن المحلل يحاول أن يستخلص من التداعى الحر ومن الأعراض والأحلام ما لا يستطيع المريض تذكره ، كما يحاول التغلب على مقاومة المريض للتذكر عن طريق التفسير وتعريف المريض بنتائجه . وبالرغم من أن اهتمام المحلل لازال يتركز على الكشف عن الأحداث المنسية الكامنة وراء مرضه ، إلّا أن التأثير العلاجى لم يعد ينسب إلى التنفيس ، بل إنه ينسب أكثر إلى النجاح فى التغلب على المقاومة الداخلية التى عاقت المريض عن التداعى طبقاً لما يسمى « القاعدة الأساسية » (وسوف نناقشها فى فقرة تالية) . وقد حدث تعديل فى هذا الإجراء وأصبح المحلل يمتنع عن التركيز على كشف أى عنصر معين أو مشكلة معينة ، ويدرس بدلاً من ذلك ما يشغل العميل فى اللحظة المعنية . ويوجه التفسير عادة لإعادة تنظيم المقاومة للتداعى وتوعية المريض بها . وكان فرويد مقتنعاً بأن

العقد اللاشعورية يمكن إلقاء الضوء عليها بمجرد التعرف على المقاومة وإزالتها . والخلاصة أن هدف العلاج هو الكشف عن المقاومة لمعرفة الذات ونقل الدفعات اللاشعورية (المكبوتة) إلى الشعور . ويشكل العمل فى سبيل تحقيق هذا الهدف أسلوب التحليل النفسى الكلاسيكى .

الموقف التحليلى : يرقد المريض على أريكة ، ويجلس المحلل خلفه بعيداً عن مجال بصره ، وهو لا يتدخل إلا بأقل القليل عن طريق التفسيرات لتداعيات المريض فى الوقت المناسب . وتعقد الجلسات عادة أربع مرات أو أكثر فى الأسبوع . ويوجه المريض من حيث سلوكه بالقاعدة المسماة « القاعدة الأساسية » (وسوف نعرض لها فى فقرة قادمة) . ويحاول المحلل الاحتفاظ بنوع من الانتباه المتجانس فى درجته فى مواجهة نشاط المريض فى التداعي الحر . ورغم أن المحلل يحاول ألا يفرض شخصيته ونظام قيمه على المريض ، إلّا أنه يتعين فى النهاية أن يدخل فى مفاوضات واقعية مع المريض لترتيب جداول الجلسات والاتفاق على أجور العلاج ، وليس ممكناً أو مستحباً أن يحتفظ المحلل بقناع فى تعامله مع المريض ، بل يجب أن تقوم علاقة واقعية فى الموقف التحليلى . ويتوقف قدر كبير من نجاح العلاج على الطريقة التى تعالج بها هذه العلاقة .

وقد وجد فرويد أن خاصية هامة فى الموقف التحليلى تتمثل فى استلقاء المريض على أريكة وجلوس المحلل خلفه بحيث لا يراه المريض كلية أو جزئياً . ولعله وجد أن ذلك يقدم له قدراً أكبر من الحرية فى الاستجابة المتعاطفة مع المريض بالرغم مما قد يشعر به من ضيق لحاجته إلى حجب استجاباته الانفعالية عنه لعدد من الساعات . ولكن ما هو أبعد وأعمق من هذه الاعتبارات ما وجد من أن استخدام الأريكة له معانى دينامية معينة تتجاوز قيمتها الأصلية بوصفها إجراءً ملائماً للمحلل ، فهو يعيد رمزياً تصوير موقف قديم هو موقف الوالد والطفل . وقد تختلف الفروق الدقيقة فى هذه العلاقة من مريض لآخر . ولا يخلو هذا الموقف من إمكانية استثارة القلق فى المريض والذى يحتمل أن يكون أصلاً فى حالة قلق بسبب عصابه حين يبدأ التحليل وقد يستثار القلق القب – أوديبى المستمد من العلاقات المبكرة بين الطفل وأمه فى مرحلة مبكرة من التحليل . وقد تحتل فى المرحلة الأولى من التحليل موقعاً مركزياً الصعوبات التى قد يواجهها المريض فى الثقة بالمحلل الذى لا يراه وهو مستلق على الأريكة ، وأن يحتفظ بهذه الثقة فى غيبة

الاستجابة المباشرة ، وأن يحس بالتقدير للفصل بينه وبين المحلل . ولنجاح التحليل لا غنى عن قدرة المريض على الاستعانة بوظائف الأنا فى الموقف التحليلى . وتقدير هذه القدرة من الاعتبارات الهامة فى تقييم قابلية المريض للتحليل . وثمة جانب آخر فى استخدام الأريكة ، وهو الجانب الذى يتمثل فى عنصر الحرمان الحسى بسبب تحديد المنبهات البصرية . وكذلك ، فإن تفسيرات المحلل وتدخلاته يغلب أن تكون قليلة ونادرة وبخاصة فى المراحل الأولى من التحليل . وهذا النقص النسبى فى المنبهات البصرية والسمعية ، يغلب أن يشجع على النكوص . إلّا أنه فى موقف التحليل ، يتعين التحكم فى النكوص بقصد خدمة أهداف العلاج . وكذلك ، فإن أى مدخل لفظى من المحلل يغلب أن يقاوم النكوص من خلال تأثيره الحسى .

القاعدة الأساسية : وفيها تتمثل مهمة المريض ، ففى إطار المنهج التعاونى الواقعى فى علاج العصاب ، يوافق المريض على أن يكون صادقا وصريحاً وأن يكشف بأحسن ما يستطيع عما قد يخطر له وما يخبره أثناء استلقائه على الأريكة ، وأن يتخلى عن العرف الذى يحكم المحادثات العادية ، وأن يذكر للمحلل ما يفكر فيه حتى إذا كان يخشى أن تؤذى مشاعره أو يقدر أنها لغو لا معنى له . كما يطلب من المريض فى نفس الوقت ، أن يستمع إلى نفسه وأن يحكم عقله وأن يتعاون مع المحلل . وتتضمن القاعدة الأساسية فى التحليل النفسى قاعدتين مرتبطتين : الأولى : تأكيد واضح على قيمة التعرف على المضامين السيكولوجية والتعبير اللفظى عنها ، أى الأفكار والدفعات والصراعات والانفعالات ؛ والثانية : التأكيد على أن الفعل القائم على أساس الدفعات دون اعتبار مسبق مناسب يجب تجنبه . والحقيقة أن وضع الاستلقاء على الأريكة وعدم الحركة النسبى من قبل المريض يشجع على التعبير اللفظى بدلاً من الفعل ، بالإضافة إلى تقبل المحلل للتعبيرات اللفظية من قبل المريض . ويمنع خطر الفعل استخدام القنوات العضلية — العظمية لتفريغ التوتر ، وإعادة توجيهه إلى مبارات سيكولوجية قد يعبر عنها فى النهاية لفظياً أو وجدانياً طبقاً لحالة المقاومة . وتحول هذه الحالة الميزان نحو التذكر الشعورى وبعيداً عن التكرار الأعمى دون وعى ودون تفعيل . وفى الاضطرابات السيكوسوماتية ، قد تفرغ التوترات أيضاً من خلال القنوات الحشوية مما يدخل مشكلات إضافية فى العلاج . ويترتب على ما سبق ذكره من هذه الاعتبارات أمر بالغ الأهمية اكلينيكاً ، وهو أنه من غير المستحسن أن يقوم المريض بإحداث

تغييرات جوهرية فى حياته خلال التحليل ، مثل الزواج أو الطلاق أو اختيار مهنة أو عمل . وينصح المريض تقليدياً بضرورة عدم إحداث مثل هذه التغييرات دون مناقشتها مناقشة كاملة فى التحليل (القاعدة ضد التفعيل) The rule against acting out وذلك نظراً لإمكان أن يكون التحليل قد عبأ صراعات طفلية يحاول المريض حلها من خلال الفعل بدلاً من حلها من خلال التحليل ؛ وذلك لأنه من غير الممكن عادة للمحلل والمريض معرفة ما إذا كان تغيراً مقترحاً فى حياة المريض سوف يكون أمراً واقعياً إلى أن يحل عصاب الطرح قدر الإمكان . ولكن من الناحية الأخرى ، يذكر الباحثون أن العلاج التحليلي المعاصر يستغرق وقتاً أطول مما كان يستغرقه التحليل فى بداية ظهوره حين طبقت قاعدة « لا تغيير » . ويبلغ متوسط فترة التحليل ما قد يقرب من خمس سنوات . وكثيراً ما يحدث ذلك فى سنوات حرجة وحاسمة فى التسلسل الارتقائى للمريض . وقد يكون الإصرار على تأجيل الزواج فى هذه المرحلة له تأثيرات علاجية سلبية . وهذا أمر يتعين مواجهته والاعتراف به فى التحليل . وقد لوحظ أن بعض المرضى يطبقون القاعدة الأساسية حرفياً دون جوهرها وبخاصة فى حالات الوسوسة فيستخدمونها ضد المحلل بدلاً من استخدامها ضد العصاب . ولذلك يفضل بعض المحللين عدم تقرير القاعدة تقريراً صريحاً ، وأن يتركوا فرصة للمريض كى يكتشف بنفسه ما يشكله عدم اتباعها من معوقات فى طريق الاتصال بين المحلل والمريض . ولكن إذا طبقت القاعدة تطبيقاً سليماً فإنها تؤدى بالمريض إلى الاستخدام الفعال لأسلوب التداعى الحر .

التداعى الحر : وهى تسمية خاطئة طبقاً لستيوارت (٢٧ ، ١٣٣٩) لأن التداعيات ليست حرة ، بل موجهة بثلاثة أنواع من القوى اللاشعورية هى : الصراعات التى تشكل الأصول المرضية للعصاب ، الرغبة فى الشفاء ، والرغبة فى إرضاء المحلل . والتفاعل بين هذه القوى يصبح أمراً بالغ التعقيد يهدد أحياناً التقدم العلاجى ، كما يحدث حين يقوم صراع بين خاطر أو دفعة غير مقبولة من المريض وهى جزء من عصابه ، وبين رغبته فى إرضاء المحلل الذى يفترض المريض أيضاً أن هذا الخاطر أو الدفعة لن يكون مقبولاً لديه أيضاً . وفى المقابل ، فإن الرغبة فى الشفاء قد تترك طابعاً غير واقعى على التحليل فى بدايته ، لأن المريض قد يرى فى التحليل نسخة من نموذج قوى حادب فى ماضيه الحقيقى أو المتخيل . وقد يجد

المحلل صعوبة فى أن يوضح للمريض الطابع اللامنطقى لمشاعره الإيجابية لأن المريض يكون فى حاجة شديدة لحليف كلى القوة وكلى العلم فى مواجهة عصابه ، وكذلك قد يكون من الصعب توضيح الطابع اللامنطقى لمشاعره السلبية . وقد ألقت دراسة اضطرابات الشخصية النرجسية والحالات البينية أضواء جديدة على هذه المشكلات .

الانتباه الهائم Free-Floating Attention : الطريقة التى يقابل بها المحلل التداعى الحر للمريض هى طريقة خاصة للاستماع تسمى عادة « الانتباه الهائم » . وفى هذه العملية ، ينصت المحلل لتداعيات المريض ويكون مؤقتاً توحداً مع وجداناته وأفكاره ، وهو فى نفس الوقت يتنبه إلى تداعياته هو ، والتى تستثار فى معظمها بتداعيات المريض . ونظراً لأنه من الوجهة النظرية على الأقل ، يكون المحلل أكثر تقبلاً للأفكار والمشاعر التى قد يصدها مريضه ، فإنه من الممكن عادة له أن يكون بعض الأفكار عما يكافح لعدم التعبير عنها . وبهذه الطريقة قد يستطيع المحلل الوصول إلى طريقة مباشرة بقدر أكبر للتعبير عما يمكن للمريض أن يقوله بصورة غير مباشرة مجازياً أو من خلال فعل من نوع معين . وكما أن المريض يفصل علاجياً فى أناه بين الخبرة وملاحظة الخبرة ، فإن المحلل ينفتح على استجابات مريضه الفكرية والوجدانية ويلاحظها فى نفس الوقت . ونظراً لأن كميات الوجدان التى تتولد لدى المحلل تكون عادة أقل مما تنفجر لدى المريض ، فإنه يمكن للمحلل أن يكون أكثر موضوعية من المريض بالنسبة للمادة التى يقدمها هذا الأخير والتنبه الحذر من قبل المحلل لخبراته الذاتية يكون جزءاً لا غنى عنه فى عملية التحليل .

ويحاول المحلل أن يقلل قدر الإمكان من تأثير ثلاث فئات من المحددات على أفكار العميل وهى المنبهات الخارجية والمنبهات الحشوية البدنية التى تعطل العمل التحليلى ولكن يصعب ضبطها ، والمقاصد الشعورية أى ما يكون العميل مستعداً لقوله ويتطلب قمع أفكار أخرى . وهو فى نفس الوقت يركز اهتمامه على المحدد الرابع وهو الأفكار اللاشعورية المكبوتة التى تسعى إلى التفريغ والتى تتدخل فى المقاصد الشعورية . وهو يستعين لهذا الغرض كما سبق القول باستخدام أريكة التحليل ، ذلك أن تبادل الاتصال ومادته تختلف فى هذه الحالة عنها فى حالة التبادل وجهاً لوجه . وعندما يكون المحلل بعيداً عن نظر المريض ، فإن هذا الأخير

يتحرر من تأثير التعبيرات الوجهية للمحلل ، وبذلك يوجه انتباهه إلى أفكاره الداخلية . وفى نفس الوقت يتحرر المحلل من ضرورة اصطناع الحذر خشية التأثير فى تداعيات المريض ، ويساعده على أن يعطى كل انتباهه لضبط الأفكار الداخلية التى يستثار فيه عن طريق تداعيات المريض . ويحتفظ المحلل بانتباه هادىء دون التركيز على موضوع معين ويحذر من توجيه النقد أو إسقاط مشاعره على المريض .

قاعدة الامتناع The Rule of Abstinence : صيغ التحليل النفسي الكلاسيكى بداية لعلاج الهستيريا ، ولكن علاج المخاوف المرضية يتطلب تعديلاً فى الإجراءات وذلك لأن الفوبيا لا تستجيب عادة للمنهج الكلاسيكى إذا اكتفى المحلل بمجرد انتظار المريض حتى يؤثر التحليل فيه للتخلى عن مرضه . فالمحلل لا يقدم المادة التى يتطلبها القضاء على المرض ، لأن الأعراض تمكن المريض من وقاية ذاته ضد القلق ومواجهة المشكلات الداخلية وهى المصدر . ولذلك فإنه من الضرورى للمحلل أن يتدخل عند النقطة الاستراتيجية فى علاج مثل هذه الحالات ، وأن يدفع المريض لتعديل سلوكه المرضى قبل أن يتيسر استدعاء الذكريات التى تمكن من حل المخاوف . فمثلاً فى حالة شديدة من الأجورافوبيا (الخوف المرضى من الأماكن الواسعة المفتوحة) قد يتعين إرغام المريض على الخروج بمفرده والتعامل مع القلق الناتج ؛ إذ لن يتيسر قبل ذلك بدء علاج ناجح . وكذلك فى حالات الوسواس ، قد يكون التدخل العلاجى النشط مطلوباً لحل الدفاع الحوازى ضد التذكر . فإذا كان المريض العصابى ينشد العلاج فقط للتخفيف من أعراضه إذا زادت تأثيراتها السلبية على ما تحققه من قيمة فى اقتصادياته السلوكية تتمثل فى كسب ثانوى epinosic or secondary gain فى صورة إشباع بديل أو هروب من ألم أو قلق ، فإنه من الطبيعى أن يضعف دافع المريض لمواصلة العلاج مع التقدم نحو الشفاء والتخفف من المعاناة . ولذلك ، فإن المحلل لكى يحافظ على مستوى دافع المريض لمواصلة العلاج نحو الشفاء ، يحرم على المريض السعى وراء مبدأ اللذة ، أى وراء مختلف صور الإشباع ويحثه بدلاً من ذلك على تحمل قدر من الإحباط من المحقق أنه سوف يحتاج إليه فى مجرى حياته اليومية بعد ذلك . وهذه هى « قاعدة الامتناع » (٥ ، ص ١١٧٨) . وهى على عكس ما يعتقده البعض لا تعنى أنه يتعين على المريض أن يتخلى عن إشباعاته

الغريزية خلال فترة التحليل . ولكنها تعنى أن يكون المريض مستعداً لتحمل تأجيل إشباع رغباته الغريزية لكى يكون قادراً على الحديث عنها فى فترة العلاج . ذلك أنه فقط من خلال أمثل درجات الإحباط لرغبات المريض فى إطار التحليل ، يمكن أن تدفع عملية التحليل إلى الأمام ويصبح المريض شاعراً بتوتراته النفسية بدلاً من إنقاصها فى إشباع غير منتج أو كبتها . والمصطلح الأساسى هنا هو « الإحباط الأمثل » optimal frustration بما يتضمن مقابلاً له هو « الإشباع الأمثل » ، ذلك أن عدداً قليلاً من المرضى يمكنه تحمل بيئة تحليلية غير معطاءة وعقيمة لمدة طويلة . فإذا أريد للتحليل أن يتقدم ، فإن المحلل يتعين أن يقاوم إغراء قيامه بدور المدلل للمريض وأن يعطى أكثر مما تتطلبه عملية التحليل بقصد المحافظة على العلاقة العلاجية . والإحباط فى الموقف التحليلى ، مثله مثل التفسير يتعين أن يكون توقيته هو التوقيت الأمثل وفى الجرعات الأمثل طبقاً للقدرة التكاملية للمريض فى الوقت المعين . وفى إطار نظرية النظم ، فإن قاعدة الامتناع تتضمن أنه يتعين على المحلل أن يجد طريقه إلى المحافظة على التوازن فى إطار العلاقة العلاجية الثنائية فى مستويات عالية . وتنزع ميكانيزمات التوازن المختلفة إلى إنقاص التوتر لدى كل من المريض والمحلل إلى الحد الأدنى . فإذا سمح لميكانيزمات التوازن أن تلعب دورها بالكامل فإن التحليل قد يتدهور إلى موقف لا علاجى قد يكون مشبعاً لكل من المحلل والمريض ، ولكن التحليل يصبح عملية لا تجد طريقها إلى أعصبة المريض (١٧ ، ص ١٣٣٩) .

العملية التحليلية : يحاول المحلل الالتزام بمبدأ الاحتفاظ بالمستوى الأمثل للقلق لدى مريضه وتزويده تدريجياً بالجرعة المثلى من التفسير والإشباع ، ولذلك فهو يعتبر الانفراج المفاجىء أمراً غير مرغوب ويحمل فى طياته احتمالات صدمية ، وهو ما أسماه فرويد "outright mishap" . ورغم أن هدف التحليل النفسى كان ولايزال تحرير المريض من الكبت واستعادة الذكريات المفقودة ، فإن المطلب الأساسى للعمل التحليلى هو التكامل التدريجى للمواد المكبوتة سابقاً فى البنية الكلية للشخصية . فإذا تقدم العمل بسرعة ، فإن هناك خطراً أن يصبح التحليل نفسه موقفاً صدمياً . وبعض المرضى المازوكيين يبدو أنهم يميلون إلى جعل تحليلهم صدمياً قدر الإمكان . ويعد المريض للتعامل مع ما يكشف عنه ، وذلك من خلال تعليمات تركز بخاصة على تدريبه لكى تزداد حساسيته للمثيرات الداخلية ،

أي أن طريقة الاستبطان هى الأداة الرئيسية فى التحليل ، ولكن يتطلب الأمر أحياناً التعامل مع المواد المثيرة مباشرة . ويندر أن يتبع المريض والمحلل طريقاً مستقيماً للاستبصار بحيث تصبح عملية التحليل أقرب ما تكون إلى وضع أشياء قليلة معاً ، وهى عملية بالغة التعقيد .

الطرح والمقاومة :

يميز الطرح transference التحليل النفسى عن غيره من أنواع العلاج النفسى بما فيها العلاج النفسى التحليلى . وطبقاً لروبرت ستيوارت (٢٧ ، ص ١٣٤٠) فإن الطرح فى إطار شمولى يشير إلى علاقة ، فيشمل جوانب عقلانية وتواؤمية كما يشمل تحريفات لا عقلانية تنشأ عن ارهاصات لا شعورية ويخبر المريض مشاعر قوية نحو المعالج قد تكون إيجابية (حب واعجاب واحترام) أو سلبية (كراهية واحتقار وغضب) . وفى إطار التحليل النفسى ينظر إلى الطرح بوصفه ظاهرة سيكولوجية داخلية تحدث كلية داخل العقل . فهى تشمل فى فكر فرويد الأحلام بوصفها ظواهر طرحية . يحرف فيها المحتوى الظاهر العقلانى للحلم فى مواده القبشعورية بتأثير الرغبات اللاشعورية . كما رأى فرويد أن « تكوين الأعراض » يشبه إلى حد كبير تكوين الأحلام . ويشير الطرح إلى التكرار الذى يقع خلال التحليل فيما يتصل بعلاقة المريض بالمحلل ، وهو صورة من صور التفعيل acting out يشير إلى أن المريض يتعين فى النهاية أن ينقل وأن يكرر فى العلاقة العلاجية الاتجاهات والتوقعات المميزة والتى اكتسبها خلال حياته والتى تعمل فى الحاضر لتقليل قدرته على الحياة بصورة عادية ومشبعة . وغالباً ما تكون مشاعر وتوقعات المريض نحو المحلل ذكريات يعيشها كما لو كانت واقعاً وحقيقة فى الحاضر ولكنها فى الحقيقة إحياء أو صورة من خبرات الماضى لازال يتعين عليه استعادتها ويسمح للمحلل لمثل هذه « التكرارات » بالحدوث خلال التحليل لأنها تشكل عينات من الأنماط المميزة لسلوك المريض يتناولها المحلل بوصفها قوى حقيقية نشطة فى اللحظة الحاضرة وليس بوصفها أحداثاً فى ماضى حياته . وخلال العلاج من المتوقع أن يكشف المريض إن عاجلاً أو آجلاً عن كل أنواع الكف والاتجاهات والسمات الباثولوجية . وفى ظاهرة الطرح – كما يرى ستيوارت (٢٧ ، ص ١٣٤٠) يمتزج الماضى بالحاضر . فبقدر ما تستمد ظاهرة الطرح

من الماضى فإنه يكون تكراراً له . وبقدر ما يستمد من الحاضر فإنه يكون خبرة جديدة لا تظهر أصولها التاريخية . ومن المهام الرئيسية فى التحليل فرز الماضى عن الحاضر لتوعية المريض بادراكاته للأشخاص المهمين له فى حياته . ويترتب على ذلك أن يسلك المحلل مسلكاً لا يتدخل فى تطور عمليات الطرح التى يمكن أن تدله على باثولوجية مريضه . ويتحقق ذلك أحسن ما يتحقق عن طريق عدم إصدار الأحكام والاحتفاظ بقدر من التباعد أو البرود نحو المريض . ويتعين أن يحافظ على السرية المطلقة وأن يقاوم إغراء التدخل فى حياة مريضه إلا إذا كان هناك بالطبع ما يهدد حياته . كما أن المحلل لا يجب أن يقيم علاقات وثيقة مع عائلة مريضه دون علمه . كما يتعين على المحلل أن يعيش حياته بصورة لا تجعل منه شخصية عامة . وهذه التضحية مطلوبة للتيسير على المريض لتكوين الطرح . إلّا أن ذلك لا يعنى أن يكون المحلل بعيداً عن مريضه بدرجة فيها قسوة لأنه إن فعل ذلك فلن يتيسر للمريض أن يكون الطرح . كما أنه إذا تكون طرح سلبى قوى فإنه يصبح من الصعب إن لم يكن من المستحيل على المحلل أن يوضح طبيعته اللاعقلانية للمريض ويتعذر أن يتقدم التحليل . ولا يتفق مع ذلك مفهوم « الشاشة البيضاء » (المحلل شاشة يسقط عليها المريض) التى أسىء تفسيرها وتطبيقها وبخاصة فى العلاقات وجهاً — لوجه والتى يتهم فيها التحليل النفسى بتعمد الحفاظ على تباعد بين المحلل والمريض . ولا توجد فى الحقيقة « شاشة بيضاء » وإذا حاول المحلل أن يقيمها فإنه قد يكون ممن يتسمون بالسادية نحو مريضه أو يتسمون بنقص الخبرة أو بالسذاجة . ويندر أن يتضمن الطرح تكراراً دقيقاً للأحداث ولكن التكرار فى عملية الطرح يتضمن دائماً عناصر من كل من الماضى والحاضر .

التحالف العلاجى Therapeutic alliance . وهو مصطلح كتبت عنه إليزابيث زيتزل عام ١٩٥٦ ، وذلك بقصد لفت الأنظار إلى عمليتين متوازيتين تحدثان فى أى تحليل نفسى ناجح ، وللتمييز بين نوعين من ظواهر الطرح الناتجة عنهما . فالمريض قد يقيم « عصاب طرح » ، وهو نوع من أشد درجات الطرح حدة ويعيد تشكيل الصراع ذى الأصل العصابى ، ويعمل بعامة بوصفه مقاومة . إلّا أن النجاح فى تحليل عصاب الطرح يتوقف على نوع مختلف من طرح هو « التحالف العلاجى » . وتعتقد زيتزل أن قدرة المريض على إقامة تحالف متوجه

نحو المهمة العلاجية مع المحلل يعتمد فى النهاية على ما إذا كان المريض له علاقة طيبة بأمه استمد منها الرعاية والمساندة بحيث تكون قاعدة مستقرة آمنة . ويمكن أن يعوق القلق الطفلى حول نموذج الأم والذى يرجع إلى مرحلة سنى المهد ، يمكن أن يعوق قيام تحالف علاجى . ولكن مما يعيب هذه النظرية أنه إذا أسيء تطبيقها يمكن أن تؤدى إلى نظرة تكوينية لا أساس لها من العلم . فقد يكون التحالف العلاجى شبيهاً بعلاقة الطفل بأمه ، إلا أنه لازال علاقة بين راشدين وليس بين طفل وأمه . وفكرة التحالف العلاجى ليست جديدة ، فقد تحدث فرويد عن معنى قريب منها . وذكر أن المريض بالعصاب النرجسى بخاصة (مصطلح فرويد للذهان) يجد صعوبة فى إقامة علاقة مع المعالج . وبعد إدخال النظرية البنيوية ، كان ريتشارد ستيربا من أوائل من لاحظوا أن المرضى القابلين للتحليل لديهم القدرة على ملاحظة أنفسهم كما يلاحظهم شخص آخر ، وفى نفس الوقت يحيون أخيلتهم ومشاعرهم القديمة التى ترتبط غالباً بالمحلل . وقد وصف هذا الميكانيزم بأنه انشقاق علاجى للأنا إلى أجزاء تخبر وأجزاء تلاحظ . ويفترض ستيربا أن المحلل يتحدث عن « نحن » مع مريضه لكى ينمى هذا الانشقاق العلاجى . وتعنى « نحن » أنا المحلل والأنا الملاحظة للمريض . وتستخدم اليوم مصطلحات متنوعة للأشارة إلى « التحالف العلاجى » منها : « الطرح الأساسى » ، « الطرح الناضج » ، « الطرح العقلانى » و « الطرح العامل » working إلخ .. وقد شاع استخدام هذا المصطلح الأخير أكثر من غيره . ويعتقد معظم المحللين اليوم بأنه يستحيل تقريباً تفسير المظاهر العصابية للطرح تفسيراً فعالاً بعيداً عن التحالف العلاجى .

العلاقة الحقيقية : وهى الصورة الثالثة من العلاقة بين المريض والمحلل. فى علاقة حقيقية تتناول الكثير من الأمور الواقعية مثل : الأجر والانقطاع عن العلاج إلخ .. وأخيراً الادراكات الواقعية من المريض للمحلل . قد يدرك المريض سمات سلبية فى المحلل تجعل من الصعب مواصلة التحليل ، كما يلاحظ الطرح المضاد.. ويختلف الرأى فى الأسلوب المناسب لتناول أخطاء المحلل . ولكن من الخطأ إنكارها لأن ذلك يهدد التحالف العلاجى . ويتعين على المحلل فى تقدير البعض أن يحذر من الاقتحام الكبير لشخصية المريض .

عصاب الطرح : الحدث المركزى فى التحليل العلاجى الكلاسيكى هو إقامة « عصاب الطرح » وحله عن طريق التفسير . ويعلن عصاب الطرح عن نفسه اكلينيكياً من خلال زيادة انشغال المريض بالمحلل والذى يصبح مؤقتاً أهم مشاغله فى الحياة ، بل أهم أحياناً من زوجته وأطفاله . وغالباً ما يفرض عصاب طرح كثيف عبئاً ثقيلاً على بعض الزيجات وبخاصة فى ضوء أن القرين يحجب عن الاتصال مع المحلل ضماناً للسرية . ومن الضرورى غالباً مساعدة القرين على فهم المعاناة والضغط المصاحبين لتحليل القرين . ولكن بعض المرضى يخبرون تناقصاً ملحوظاً فى القلق خارج الموقف التحليلى بتقدم التحليل . وقد يشكو المريض للمحلل من أن المشاكل التى أحضرته للتحليل قد حلت وأن مشكلته الوحيدة هى المحلل . وقد لا يظهر عصاب الطرح إطلاقاً فى بعض الحالات ، وبخاصة إذا كان الأنا الأعلى أو الضغط النرجسى قوياً ، أو عاق تكونه عائق فى ظروف التحليل . ولذلك فإن بعض المرضى يتعين اعتبار أنهم قد حللوا تحليلاً حقيقياً بغير ظهور عصاب الطرح .

المقاومة : يمثل إلغاء الكبت المرضى قمة العمل التحليلى ، وفيه يصر المحلل على اعتراف المريض بدفعاته غير المرغوبة ، فيبدو المحلل للمريض بأنه متحيز لتلك الدفعات المكبوتة بدلاً من أناه المعقولة . وسرعان ما يشعر المريض بأنه مضطر لتكرار الدفعات القديمة لأناه أو لأناه الأعلى ضد الدفعات المهددة ، ولكن هذه الدفاعات توجه ضد المحلل . وفى أبسط المواقف ، فإن الدفعة الجنسية أو العدوانية الطفلية التى توجه الآن ضد المحلل تصبح مجالاً لعدد متنوع من مشاعر ذنب طفلية . وأحياناً فإن الأمل فى إشباع تطلعات طفلية غير قابلة للإشباع ، مثلاً الأمل فى الانتقام ، أو الحصول على إشباع جنسى خلال شخص المحلل يطغى على كل المشاغل الأخرى بما فى ذلك تقدم التحليل . وفى كل الحالات ، فإن الدافع يستثار لمقاومة تقدم التحليل . وهناك العديد المتنوع من الأنساق الممكنة من الدفعات والدفاعات. مما يجعل تحليل عصاب الطرح التحدى الأكبر أمام المحلل والمقاومة هى العمليات الدفاعية للأنا كما تبدو فى العملية التحليلية . ويجب التمييز بين مفهوم المقاومة ومفهوم الدفاع الذى يشير إلى عمليات الجهاز النفسى للحيطة من الخطر والألم مقارنة بالضغوط لتفريغ الباعث المباشر . وتحدد الدفاعات المعينة مع تنظيم بواعث المريض شكل العصاب . وفى الموقف التحليلى تظهر الدفاعات فى

صورة مقاومة . وتتعدد صور المقاومة وتتنوع ، بل قد تأخذ شكل الكلام الزائد من قبل المريض للسيطرة على المحلل ولكن دون تحقيق استبصار أو تعميق عملية التحليل . وقد يركز محلل تحت التحليل على محاولة فهم السر فى تدخلات مدربه ، وقد يكشف سلوك المريض على الأريكة وطريقة استلقائه عليها الكثير عن المقاومة . فمن المألوف فى بداية العلاج أن يضع المريض ساقاً على ساق وأن يضم ذراعيه فوق صدره وهو مستلق على الأريكة . وغالباً ما يكون ذلك تعبيراً لا شعورياً عن اتجاه التحدى للمعالج « لن تستطيع أن تحصل على شىء منى » ، أو الحاجة إلى حماية الأعضاء التناسلية . ويورد ستيوارت (٢٧ ، ص ١٣٤٤) حالة فتاة تعلن للمحلل أنها طفلة وأنها تنوى أن تعامل كطفلة ، وهى تستلقى على جنبها فى مواجهة الحائط . وقد أظهر التحليل أن ذلك يمثل محاولة لإعادة خلق موقف حميم مع أبيها كان يندر أن تخبره بعكس شقيقها ، فهو علامة على دفاع ضد عصاب طرح مؤلم يتعين أن تواجه فيه مشاعر النبذ من قبل أب مكبت . أو قد ينام المريض خلال الجلسة حين يعلن المحلل مثلاً عن خططه للقيام بأجازته السنوية ، إلخ . ومن مظاهر المقاومة غياب الوجدان ، التأخر فى الحضور أو عدم الحضور ، نسيان دفع الأجر ، تجنب بعض الموضوعات ، الانشغال الزائد بالأمور التافهة واستخدام الاكليشيهات اللفظية والاصطلاحات الفنية ، إلخ . ويعتبر بعض المحللين أن عدم تغيير المريض لوضعه فى الاستلقاء على الأريكة بعد فترة أجازة علامة تنبؤية سيئة . ومن أمثلة الأنواع الأخرى للمقاومة زعم المريض بأنه ليس لديه أفكار يتحدث عنها أو أن لديه أفكاراً كثيرة ولا يستطيع أن يقرر ما يتحدث عنه ، وكذلك التحضير مقدماً لمادة الحديث قبل الحضور إلى الجلسة والتحدث عما يدور فى التحليل مع آخرين ، وإعادة الحديث عن نفس الموضوع دون تقدم أو ما يسمى « الاسطوانة المكسورة » broken record والتحدث فقط عن مشكلات الواقع ، وذكر مادة لا نهاية لها من أحلام طويلة غامضة أو الانصياع التام وعدم المقاومة أو ما يسمى « المقاومة الكامنة » ومن مظاهر المقاومة « الطرح الشبقى » وأخيراً إنهاء العلاج . ومن مصادر المقاومة الظاهرة : أنا أعلى متزمت وعدوانى يتمثل فى الشعور بالذنب والعار والحرج والكف الأخلاق وكراهية الذات والنزعة إلى تدميرها . ويمكن إرجاع تناقص الدافع للشفاء إلى هذا المصدر . والمريض من غير أمل أو حماس أو المريض الذى ينقصه احترام الذات

لا يستطيع أن يفيد من الاستبصار المكتسب ، بل إنه يشعر بحاجة إلى العقاب ، وذلك إلّا إذا أمكن حل مقاومة الأنا الأعلى . والمقاومة فى سبيل الاحتفاظ بالمكاسب الثانوية هى نوع من المقاومة . ومن أمثلته « جامع المظالم » injustice collector فمهما بلغت معاناته من الاصابات التى يحدثها بنفسه لا شعورياً ، إلا أنه يستمد إشباعاً نرجسياً نتيجة اعتقاده بأنه على حق . وكذلك الطفل المريض الذى يتلقى مزيداً من العناية والحب نتيجة لمرضه ، وغالباً ما يخشى المريض أن يشفى من عصابه لأنه يخشى أن يكون أسوأ حالاً . وهو لن يتخلى عن مقاومته للشفاء إلّا إذا أيقن أن الصحة أفضل من المرض وأنها مصدر أقوى من مصادر اللذة . والمريض يقاوم اكتشاف المقاومة وهى بالطبع لا شعورية ، ويعتبر المريض محاولات المحلل إساءة بالغة . ولذلك يتعين على المحلل أن يشعر المريض أولاً بأنه يقاوم ثم يبصره بكيفية ممارسته لهذه المقاومة . وحين يعترف المريض بوجود المقاومة يمكن للمحلل أن يقنع المريض بمزايا التغلب عليها . إلّا أنه حتى بعد التغلب على مقاومة المريض ، فإن ذكرياته اللاشعورية قد تظل غير متاحة للشعور ، ولازال يتعين على المحلل أن يحرر المريض من تأثير الكبت بعد أن تحرر من مقاومة الأنا . ولذلك ، فإنه بعد التغلب على المقاومة ، يتعين أن يمر العلاج بفترة « مواصلة العمل » أو « تكرار مواجهة المريض بنفس المادة » working through(*) للتغلب على ما يسميه فرويد قوة « قهر التكرار » . ويتحقق ذلك عن طريق ما يسمى فى لغة التعلم « إعادة التدعيم » وهى أساساً عملية إعادة إشراط أو فك إشراط . ويتعين مواصلة العمل وتناوله من وجهات مختلفة إلى أن تصبح الحلول الجديدة قابلة دائماً للتذكر ويكون لها تأثيرها الكامل . ويتدرج المحلل فى تفسيراته من السطح إلى الأعماق ويشرح للمريض أن دفاعاته لها غرض تجنب شيء ما ، وأن ما يحاول تجنبه له جذوره فى الماضى ، وذلك بقصد تعليم المريض الفصل بين الماضى والحاضر ، والذى يشكل الخلط بينهما جوهر العصاب . إلّا أن المريض يبدى مقاومة أخرى ويتكرر التسلسل السابق فى دورة التفسير . ويتعلم كل محلل أن تفسيراته يجب أن تتكرر عدة مرات . ويشبه كتاب

---

* ويترجمها حسين عبد القادر إلى « العمل النفاذ » أو « النفاذية » . انظر : فرج عبد القادر طه (محرر) « معجم علم النفس والتحليل النفسى » بيروت – دار النهضة العربية ، ١٩٨٧ .

كثيرون هذه العملية المتكررة بعملية الحداد . وبهذه الطريقة يمكن للمادة اللاشعورية أن تحتل مكاناً دائماً فى الأنا وأن تحيد وتفرغ من مضمونها . ولعل ذلك يوضح السبب فى طول مدة التحليل عادة .

الطرح النرجسى : لكى يكون المريض قابلاً للتحليل ، يتعين أن يكون قد حقق درجة من النضج فى الطفولة تتميز بإحساس متماسك ومستقر للذات . وهناك جماعة كبيرة من المرضى يعانون من اضطرابات شخصية نرجسية قابلية للتحليل ولكنهم لا يكونون عصاب طرح بالمعنى الكلاسيكى . وهؤلاء المرضى يكونون غالباً متوافقين ، ولكن اضطرابات شخصياتهم يمنعهم من تحقيق الإشباع الكامل فى حياتهم . ويبدو أن الباثولوجية المركزية تتضمن علاقة بين الذات والموضوعات الجنسية الغابرة وهى : الذات المتضخمة وصورة الوالد المنمذجة ، وهى ما يشكل إعادة تنشيطها تهديداً لإحساس المريض بتكامل الذات . فإذا لم يتدخل المحلل فى التفتح التلقائى للطرح ، فإن إحدى هذه الحالات النرجسية الغابرة قد تعاود الظهور بدلاً من عصاب الطرح الأوديبى المتوقع . فإذا كف المحلل تكوين الطرح النرجسى ، فإن عصاب الطرح قد يشبه عصاب الطرح الكلاسيكى بمضمونه الأوديبى . وهو أمر ممكن لأن هؤلاء المرضى لديهم أيضاً خبرات أوديبية ويرغبون أيضاً فى إرضاء المحلل . إلّا أن المادة الباثوجينية الهامة تبقى مكبوتة رغم ذلك . ورغم أن معظم المحللين الدارسين لاضطرابات الشخصية النرجسية يتفقون بعامة على فينمنولوجيتها ، بما فى ذلك ثالوث : الخيلاء أو الغرور vanity ، والاستعراء exhibitionism ، وعدم الاعتراف بالجميل بفعل الخيلاء ، إلّا أنهم أقل اتفاقاً على معنى الزملة . ولكن محللين كثيرين ممن يعالجون هؤلاء المرضى يقررون أن العلاج لا يتطلب تغييرات فى أسلوب التحليل التقليدى ، وباستخدام التفسير وتكرار مواجهة المريض بنفس المادة . ولكن من الواضح أن الموقف النظرى للمحلل يؤثر فى اختياره لأسلوب التدخل العلاجى (٢٧ ، ص ١٣٤٥) .

الطرح المضاد countertransference : إذا كان الحديث عن التحالف العلاجى يتضمن بحث قدرة المريض على تكوينه ، فإنه يتضمن أيضاً وبنفس القدر قدرة المحلل على الالتزام الأصيل إزاء مريضه . وقد يوقظ مريض فى محلله استجابات طرحية مباشرة ، كما لو كان المريض يمثل نموذجاً هاماً فى ماضى المحلل .

ومن ذلك أن يكون المريض شخصية مشهورة تستثير مشاعر الخشية والروع لدى المحلل . وقد يستثير بعض المرضى لدى المحلل مشاعر التنافس أو التفوق والتى قد تقود المحلل إلى أنشطة غير تحليلية تتدخل بدورها لتعوق قيام عصاب الطرح . وقد تنشأ مثل هذه المواقف فى معالجة محلل لزميل له مثلاً . ولحسن الحظ يمكن علاج مثل هذه المعوقات من خلال مواصلة التحليل أو التحليل الذاتى . إلّا أن صورة أخرى من الطرح المضاد تنشأ حين يدافع كل من المحلل والمريض لا شعورياً ضد الاعتراف بنفس الدفعات لديهما . فمثلاً ، قد يصطدم لا شعورياً محلل لا يحس بالارتياح لعدوانيته ومشاعر التدميرية مع مريض يستعين بالتكوين العكسى ضد هذه العدوانية . إلّا أن الطرح لا يتضمن دائماً بالضرورة باثولوجية لم تحل بعد . ففى أحيان كثيرة قد يكون للمحلل استجاباته الواقعية لسلوك مريضه الواقعى وغير المقبول اجتماعياً أو لسلوكه الاغرائى ، إلخ . فمثلاً ، استجاب مرة محلل مشهور لمريض كان يواظب على التأخر فى الحضور والانتقاص من شأن التحليل والمحلل والشكوى من أن المحلل لا يحبه وذلك بقوله : « إنك لا تفعل إلا القليل جداً لتجعلنى أحبك » . وقد تكون هذه الاستجابة تفسيراً قوياً جداً . وقد يستثير مريض هستيرى مشاعر الأبوة لدى المحلل ، فيعاد التعبير عن مشاعر الغيرة وهى التى تقدم الجزء الناقص من الثالوث الأوديبى بصورة غامضة فى عصاب الطرح . ويمكن للمحلل فى مثل هذه المواقف أن يسهم إيجابياً عن طريق تقديم تفسير يستخدم أساساً له استجاباته هو الذاتية لسلوك المريض .

تدخلات علاجية أخرى : يميز بيرنج (فى ٢٧ ، ص ١٣٥٤) بين المناورات الفنية العلاجية وبين عوامل الشفاء فى المريض ، فهو يرى أن المريض يعالج نفسه ، وأن كل ما يفعله المعالج هو تهيئة الظروف لتيسير هذا العلاج الذاتى . وقد سبق أن ناقشنا نوعين من التدخلات العلاجية صاحبا التطور فى التحليل النفسى ويتناقص استخدامها أو على الأقل يختلف شرح تأثيرهما وهما : الإيحاء والتفريغ الوجدانى . وبقى أن نعرض أنواعاً أخرى من التدخلات فيما يلى :

التحكم فى حياة المريض : وهو بوصفه أسلوباً فنياً يحاول تحييد أو تعبئة نظم انفعالية موجودة سابقاً لدى المريض ، فقد يقول المحلل لمريضه الذى يخشى تأثير المحلل فيه : « لست فى حاجة لأن تتقبل ما أقوله أو أى شىء آخر إلّا إذا

كنت مقتنعاً به تماماً » . وقد يكون مثل هذا الأسلوب ضرورياً لتقليل المقاومة وللإعداد للعلاج .

التوضيح : وهو مصطلح أدخله كارل روجرز ويهدف إلى أن يحسن من رؤية العميل لأشياء يعرفها معرفة غامضة إما شعورياً أو قبشعورياً . وقد يتم ذلك أحياناً من خلال إيجاد كلمة أحسن لأفكار العميل غير الواضحة أو توضيح علاقة غير مرئية بين بيانات شعورية تماماً .

التفسير : وهو على عكس التوضيح يضيف بيانات جديدة إلى بيانات معروفة للمريض . وهو يكون عادة فى صورة فرض يشرح مواد غير مفهومة بغير ذلك . وهو إما أن يكون إعادة تركيب لأحداث مكبوتة أو حدساً ذكياً حول دوافع هامة ولكن لا شعورية . وكل من التفسير وإعادة التركيب (أو التركيب كما يفضل أن يسميه فرويد) تدخل لفظى يهدف إلى أن ينقل إلى الشعور المعانى الخفية لأنماط السلوك ومحدداتها اللاشعورية ، ويستخدم أحياناً مصطلح « التفسير » للدلالة على كل من التفسير والتركيب (إعادة تركيب ماضى المريض) . ومن جانب المريض فإنه يقوم بتمثل التفسير والتركيب وتكرارهما . فإذا كان التفسير والتركيب صحيحين ، فإنه يفترض أن هدف التحليل ، أى استعادة الذكريات المكبوتة يتحقق ، إلّا أن ذلك مع الأسف ليس هو الحال فى كل الحالات . ومع ذلك يرى فرويد أنه فى مثل تلك الحالات ، يمكن أن يؤدى التركيب غالباً إلى الاعتقاد بصدقه ، بحيث تتحقق معه نفس النتيجة العلاجية التى تتحقق عن طريق استعادة الذاكرة . ويحذر فرويد من تقديم التفسيرات قبل أوانها وهو يوصى بتقديم التفسير فى المرحلة التى يكون فيها المريض على وشك التوصل إليه بنفسه ، وإلّا زاد احتمال رفض المريض للتفسير أو قطعه للعلاج نتيجة المقاومة التى يستثيرها التفسير أو بسبب الارتياح الناتج عن الاستبصار المكتسب . ويطبق المحلل مهاراته التفسيرية بالنسبة إلى : أحلام المريض ؛ تداعياته الحرة ؛ الأعراض وما يصاحبها من أفعال ؛ السلوك داخل الجلسة ؛ السلوك خارج الجلسة ؛ السلوك فى الماضى ؛ علاقته بالمحلل ؛ علاقات المريض بغيره فى الماضى وفى الحاضر ؛ وطراز حياة المريض وخلقه . ويترجم المحلل هذه التفسيرات داخلياً فى إطار وبلغة النظام النظرى الذى درب عليه كما يترجمها للمريض باللغة التى يفهمها .

وتختلف أسباب تقديم التفسيرات من محلل لآخر ومن وقت لآخر من جانب نفس المحلل ، فقد تشمل : جعل اللاشعور شعوراً ؛ تزويد المريض بالاستبصار أو بحل لمشكلة ؛ التخفيف من القلق أو تقديم المساندة ؛ التغلب على المقاومة أو تيسير التداعى الحر ؛ إحداث تغيير فى سلوك المريض خارج العلاج أو إثنائه عن التفعيل acting out ؛ تعميق الطرح واهتمام المريض بالتحليل ؛ والطرح المضاد أى حاجة المحلل إلى « عمل شيء للمريض » لإثبات ذاته ، إلخ . وقد يكون أساس استخدام التفسير هو اعتقاد المحلل بأن التفسيرات علاجية فى حد ذاتها . وقد تكون التفسيرات صامتة أى أنها تحدث فى عقل المحلل دون أن تقدم للمريض . وقد تشكل أساس خطة المحلل العلاجية وفهمه لحاجات المريض فى الموقف العلاجى . ويسمى ستراشى (فى ٥ ، ص ١١٧٩) التفسيرات التى تنجح فى إحداث تغيير فى معارف المريض ومشاعره نحو ذاته « تفسيرات مغيرة » mutative ، ويكون تأثيرها مباشراً وفى الحال ويخبرها المريض بوصفها شيئاً حقيقياً لأنها تتجه للدفعات والمشاعر والمعارف العاملة فى المريض وقت تقديم التفسير . كما يمكن للمريض ملاحظة صدق هذه التفسيرات . ويصر ستراشى على أن التفسيرات الطرحية هى وحدها التى تكون مُغيِّرة ، وذلك أن التفسيرات خارج الطرح لا يمكن أن تطلق حركة سلسلة الأحداث التى تؤدى إلى تعديلات فى الأنا ، فهى من النادر أن ترتبط بالموقف الحاضر ، ومن ثم تفقد صفة الحال ، وهى تتصل بخبرات بعيدة من حيث الزمان والمكان وتتسم بما يسميه ستراشى طابع رؤية المريض للأشياء ، فإنها يجب أن تقدم بأقل جرعات ممكنة ، لأن كل تفسير يتطلب إعادة تنظيم ومواصلة العمل وتكراره داخل النفس . ويصعب على أى فرد أن يسلم بقدر كبير من نظرته للعالم دون كفاح مهما كانت شواهد الواقع مقنعة بل إن البعض قد يفضل الاحتفاظ بأفكاره ومثله ومعتقداته وأعراضه أو حتى الاستشهاد بدلاً من الاستسلام لواقع غير مقبول .

ويعنى التفسير نظرياً تقديم تعبيرات ذات معنى عن الصراعات القائمة وعوامل الماضى التى أدت إليها أو أثرت فيها . ويشمل التفسير صياغات لصراعات الحاضر والماضى والدفاعات المستخدمة للإقلال منها وأسباب نشاط الصراعات الحاضرة . إلّا أنه يندر فعلياً تقديم تفسير كامل من خلال عملية التحليل . ومثل هذا التفسير الكامل حين يقدم يكون نوعاً من التلخيص لفترة طويلة من العمل

التحليلى . أى أن التفسير خلال العملية يقوم على أجزاء وعلى مراحل طبقاً لمشاغل الساعة . وهناك كما سبق القول خطورة فى تقديم تفسير متعمق أو تفسير قصير . ويستعان فى هذا الصدد بنظرية « الصراع البؤرى » أى الصراع المعين الذى يكون فى بؤرة اهتمام ومشاغل المريض فى اللحظة المعينة . ويصل المحلل إلى تحديد « الصراع البؤرى » عن طريق حدسه المدرب عليه ، ولكنه يستخدم وسائل معرفته للتحقق من صدق حدسه . ومن ذلك مثلاً أن يثبت وجود ارتباط بين الصراع وكل المادة المقدمة فى ساعة معينة مثل الأحلام والتداعيات والأفعال غير اللفظية . فإذا لم يثبت ذلك ، فإنه يعنى أن صراعاً آخر هو القائم فى اللحظة المعينة . وكذلك الارتباط بين الصراع والمواد المقدمة فى الساعات السابقة ، أى تطبيق قاعدة الاستمرارية . فإذا وجد المحلل أن كل ساعة لا ترتبط بما يسبقها وبما يليها ، فإن ذلك يعنى أنه لا يفهم مريضه فهماً صحيحاً . وقد تكون الصراعات البؤرية فى البداية غير مرتبطة ظاهرياً بالصراع الأصلى ، إلّا أن التطبيق المتسق لتفسير الصراعات البؤرية سوف يؤدى فى النهاية إلى أن يظهر الصراع الأصلى بوصفه صراعاً بؤرياً يمكن تفسيره .

تفسير الأحلام : أوضح فرويد أن الأحلام هى « الطريق الملكى إلى اللاشعور » لأن لها دلالاتها ولأنه من الممكن إضفاء معنى على ما يبدو أنه عناصر غير مترابطة فى الحلم . ويتطلب ذلك فحصاً كاملاً للحاضر وللماضى اللذين يجتمعان فى وحدة فى المحتوى الظاهر للحلم . ويحدث الحلم فى النوم حين يكون هناك استرخاء فى ضوابط الأنا العادية أكثر مما يحدث فى التداعى الحر ، ومن ثم تكون العمليات اللاشعورية أكثر حرية فى العمل خلال النوم مما هى عليه خلال اليقظة . ومن ثم ، فإن الأحلام تقدم مادة ثرية عن الحاجات اللاشعورية . ولذلك يشجع المرضى فى جلسات التحليل النفسى الكلاسيكى على تذكر أحلامهم ومناقشتها وتحليلها . كما أن موضوعات وصور الأحلام تستخدم غالباً لإستثارة تداعيات حرة تالية .

والحلم هو نوع من التعليق على أحداث سابقة ينشأ من الطبقات الأعمق اللاشعورية من الأنا وهى الطبقات التى تشتمل على آثار ذكريات من الماضى البعيد . وتؤدى دراسة التحريفات الحاضرة كما تكشف عنها الميكانيزمات المتضمنة فى تكوين الحلم عن مؤشرات قيمة على الطبيعة الخاصة لهذه الجوانب من الماضى

والتي يعبد المريض معايشتها فى علاقته مع المحلل . ومن الخطر النظر إلى تفسير الأحلام كما لو كانت عملية بحث عن معنى كلمة فى قاموس . ويتطلب هذا التفسير جهداً شاقاً يبدأ باستخراج المعانى من خلال التساؤل والاستنتاج ومن ثم التفسير . وما هو منظور فى الحلم الذى يقرره المريض هو فقط المحتوى الظاهر manifest للحلم أكثر من أن يكون محتواه الكامن latent أى المادة المخبوءة اللاشعورية . ذلك أنه إذا ظهرت المادة الكامنة من غير قناع لما استطاع المريض النوم ، ومن ثم تقوم عملية رقابة بتحويل أو تغيير الرغبات والصراعات اللاشعورية إلى صورة تبدو أكثر براءة . وتتضمن عملية « عمل » أو « إخراج » الحلم dream work المسئولة عن هذه التغييرات سلسلة معقدة من العمليات العقلية مثل الإزاحة والتكثيف والترميز . والكثير من هذه الرموز شخصية وفردية ، إلّا أن رموزاً أخرى تكون أكثر شيوعاً . فمثلاً قد يمثل شيئاً مطولاً أو قائماً أو منتصباً القضيب . إلّا أنه مهما كانت درجة شيوع الرمز فى الخبرة الإنسانية وعموميته فى الميثولوجيا والفن والشعر ، فإنه يتعين فى الممارسة الاكلينيكية استكشاف المعانى الشخصية للرمز فى الحالة المعينة .

ولا تكشف الأحلام فقط عن المشكلات الانفعالية الأعمق فى ماضى المريض ، ولكنها تكشف أيضاً عن الصراعات والضغوط فى الحاضر . وقد تنبىء الأحلام عن تطورات العلاج وتقدم مؤشرات عما سوف يحدث فيه فى مرحلة مبكرة تظهر مؤشراتها بعد ذلك فى أحلام اليقظة وفى التداعى الحر وفى السلوك الظاهر . ويتعين دائماً اصطناع منتهى الحذر فى التفسير كيلا يصبح وسيلة لتعويق تكوين عصاب الطرح . كما أن تحليل الحلم يزيد من كثافة علاقة الطرح .

نظرية الصراع فى العلاج النفسى :

يحضر المريض عادة طلباً للعلاج النفسى تحت ضغط سلوك أو أعراض أو عدم شعور ناشىء عن صراع شديد . إلّا أن هناك استثناءات . فبعض المرضى يبدو أنهم لا يعانون من صراع حول ترجمة دفعاتهم إلى أفعال . ومن المهم أن يميز المعالج بين هذه الفئة وبين المرضى الذين يكون سلوكهم الاندفاعى ممثلاً على ما يبدو لمحاولات جادة لاستثارة العقاب إرضاءً لأنا أعلى شديد القسوة ، وليس

نتيجة لغياب صراع . والصراع الأساسى فى عصاب مستمر يكون عادة داخلياً ، أى نتيجة تعارض بين أجزاء أو وظائف فى الشخصية : ويقوم الصراع عادة حول قوة أو باعث بيولوجى أو سيكولوجى غير مقبول من الأجزاء الأخرى من الشخصية . وقد يكون الصراع بين دافعين لا شعوريين يحاول كل منهما التعبير عن نفسه . وقد يتضمن الصراع عوامل فى العلاقات بين الأشخاص كأن يكون الشخص على غير وفاق مع الأشخاص فى بيئته . وقد يكون هذا الصراع أحياناً إحياءً لصراع داخلى . وقد ينسب الأشخاص متاعبهم لأسباب تختلف من شخص لآخر . وفى الخلق العصابى تكون المشكلة المركزية داخلية تنشأ عن صراع لا شعورى ذى أصل مرضى pathogenic . وهو يختلف عن الشخص الذى يعانى من أعراض عصابية من حيث أنه قد توصل إلى حلول مختلفة لمشاعره وبواعثه المتصارعة . بينما يجد الشخص الذى يعانى من أعراض عصابية حلولاً تتوقف على التحريف المستمر لإدراكه للعالم وللناس من حوله ، أى أنه يحدث تغييرات دفاعية فى بنية خلقه للتعامل مع صراعاته . وقد يرجع الصراع أساساً إلى البيئة وإلى نقص نمو وظائف الأنا أو تحريفها ، وهى الوظائف التى تلعب دوراً هاماً فى التكيف الناجح مع البيئة . وتشمل هذه الفئة المرضى المثبتين عند المستوى الفمى أو الاعتمادى ، والذين يطالبون دائماً بمساعدة من الآخرين لا يمكن تلبيتها أو تلبيتها جزئياً . وتؤدى هذه الصراعات إلى قلق ورفض متبادل بين المريض ومن حوله ، كما تشمل هذه الفئة أيضاً بعض الذهانيين ومنهم بعض مرضى الفصام ، والمرضى الذين يتميزون باستجابات وجدانية شديدة ، ومن يتسمون باضطرابات خلق معينة أو باضطرابات شخصية نرجسية .

المكونات البنيوية فى الصراع : يتطلب التقويم التشخيصى تقدير جوانب وظائف الشخصية المتحررة من الصراع فضلاً عن ميادين الصراع . ما هى جوانب القوة لدى المريض التى يمكنه الاستعانة بها ؟ ما هى دوافعه لطلب العلاج ؟ هل يمكن قيام تحالف علاجى ؟ هل يمكن تحمل الاحباط ؟ وبالنسبة لمعظم الأشخاص ، فإن الهو يحاول السيطرة على الأنا أو الأنا الأعلى ولكنه يواجه مقاومة فيما عدا فترات قصيرة أو بطرق محدودة . ولكن الأنا لدى بعض الأشخاص لا يكون من القوة بالقدر الكافى ولا يجد حليفاً يعتمد عليه فى الأنا الأعلى للحد من دفعات الهو . وهكذا ينتج على فترات سلوك يقوم على أساس

دفعات بدائية أو على أساس الجمع بين الدفعات البدائية والدفاعات . وفى فئة أخرى من المرضى ، يكون الأنا الأعلى والأنا قويين بقدر يمكنهما من تجنيد الدفاعات الكافية لإبقاء الدفعات المقبولة فى الهو . إلّا أن الأنا يضطر إلى تعبئة دفاعات كبيرة بصفة مستمرة ، وهى قوى يمكن الإفادة منها بطرق أخرى أفضل . وفى أحيان أخرى ، قد تزيد القوة النسبية أو المطلقة للدفعات أو يكون هناك ضعف نسبى أو مطلق لقوى الأنا الدفاعية . ومن أمثلة ذلك تحول القوى لدى المراهقين حين تزيد عملية النضج الفيزيقى ويزيد النشاط الهورمونى من شدة الدفعات الجنسية والعدوانية ، وفيها تعاق وظائف الأنا لفترة نتيجة لهذه التطورات الملحة ، كما أنه يتعين على الأنا البحث عن هوية راشدة جديدة تحل محل هوية الطفولة القديمة ، ولذلك يختل التوازن المريح نسبياً الذى ينشأ فى مرحلة الكمون حين تُخلى النزعات الجنسية والعدوانية المبكرة ليحل محلها الإعلاء والتكوين العكسى . ويحدث هذا الاختلال لفترة فى المراهقة كما يكون شديداً لدى البعض . ويعبر عن القوى فى شخصية المريض بمصطلح « قوة الأنا » ، وهو يعنى بصورة إجرائية الأسئلة التالية : (١) ما هى مصادر القوة التى يمكن أن يلجأ إليها الفرد فى مواجهة ضغوط داخلية وبيئية ؟ (٢) هل كان ارتقاء الفرد بعامة ارتقاءً سوياً ؟ (٣) هل استطاع الفرد التوافق فى حياته بعامة بصورة مثمرة ؟ وينجح معظم الناس فى التوافق رغم أعراض عصابية أو خلقية محدودة ، ولكن قد يكتشفوا أنه ينقصهم القدر الكافى من المرونة لمواجهة مواقف الضغط . فإذا لم تزد هذه الضغوط عما يمكنه مواجهتها ، فقد لا يلجأ إطلاقاً إلى المعالج .

التشخيص ، أساس التدخل : يعتبر التشخيص أساس كل صور العلاج الطبى . ويتعين أن يكون التشخيص شاملاً ومتعمقاً يشمل كل الجوانب الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية . وينطبق هذا القول أيضاً فى تقدير ستيوارت (٢٧ ، ص ١٣٥٣) على التحليل النفسى ، إذ يتعين أن يقوم المحلل بتقويم تشخيصى مبدئى يشمل قابلية عميله للتحليل بواسطته هو . ويتعين أن يوفر لهذا الغرض كل الوقت اللازم ، إلّا بالطبع فى حالات الطوارىء والكوارث التى تتطلب عناية عاجلة ، ولا يقتصر التشخيص على تقويم قابلية المريض للتحليل ولكنه يمتد إلى كل جلسة نتيجة تغير حال المريض وظروفه . ويتعين بخاصة أن يتنبه المعالج إلى احتمالات ظهور مرض عضوى قد يساء تشخيصه على أنه مرض نفسى .

فقد يشخص « تصلب متعدد » multiple sclerosis ويعالج بوصفه استجابات تحولية . وقد يكون هناك خلل فى الجهاز العصبى المركزى أو اضطرابات فى القلب بالرغم من أن النمط السيكولوجى لا يوحى بذلك . ويتعين فى مثل هذه الحالات إحالة المريض للفحص الطبى . ولا يكتفى فى التشخيص بمعرفة المشكلات الحاضرة ، ولكن يتعين معرفة كيف نشأت هذه المشكلات ، فلا يجب الاكتفاء بإطلاق تسمية من دليل للتصنيف السيكياترى مثل DSM-III على المريض . وفيما يلى يقترح ستيوارت (٢٧ ، ص ١٣٥٤) قائمة لتيسير القيام بمهمة التشخيص :

١ - سجل كل الأعراض وأى سلوك ملحوظ . ويشمل ذلك التفاوت بين الفكر والوجدان ، ونوعية تفاعل المريض مع القائم بالمقابلة . ويمكن أن تؤدى هذه القائمة إلى تحديد « صراع بؤرى » .

٢ - ما الذى يبدو أنه استثار بداية المرض ؟ وذلك بالطبع إذا كانت هناك بداية ملحوظة . ما الذى دفع المريض لطلب رؤية المعالج ؟

٣ - كيف كان حال المريض قبل بداية الاضطراب ؟ وغالباً ما يبدو المرض العصابى مبالغة فى سمات شخصية سابقة لظهوره ؟

٤ - ما هى الصدمات الطفلية الهامة التى يمكن أن يكشف عنها تاريخ الحالة ؟

٥ - ما هى العلاقة بين الصدمات الطفلية والحالة السابقة والحدث الذى استثار المرض ؟ كيف تنعكس الصدمات الطفلية فى العلاقة مع القائم بالمقابلة ؟

٦ - فى ضوء المعلومات المستقاة من خلال الأسئلة السابقة ، ما الذى يبدو أنه يشكل « الصراع البؤرى » و « الصراع النووى » (المصدرى أو التكوينى) للمريض ؟ ويجب أن يفسر « الصراع البؤرى » كل الظواهر المعاصرة الملاحظة تقريباً كما يجب أن يكون هناك اتساق منطقى مع الحدث المثير .

٧ - ما هى الامكانيات العلاجية ، مع اعتبار إمكانيات الطرح والطرح المضاد ؟ ما هى الجدية النسبية للحالة ؟ هل حياة المريض مهددة ؟ هل يتطلب الأمر علاجاً بالأدوية ؟ هل هى مشكلة ارتقائية ؟

٨ - ما هي مواطن القوة فى الأنا ؟ ويشمل ذلك تقديراً لقدرة المريض على تحمل الإحباط الناشىء عن العلاقة العلاجية فى الموقف التحليلي وتقديراً لقدرة المريض على تكوين تحالف علاجى . ما هى حقيقة دوافع المريض ؟ كسب الاستبصار والتغير ؟ التحكم فى شخص ثالث أو أن يتحكم فيه شخص ثالث ؟ استعادة توازن سابق؟ أم شيء آخر ؟

الجوانب الإدارية : يتطلب التحليل النفسى مكتباً يسمح بالخصوصية المطلقة لكل من المحلل والمريض . ومن الأفضل أن يؤثث المكتب تأثيثاً بسيطاً لأنه من الممكن أن يستثير الأثاث المبالغ فيه وغير المألوف استجابات طرح دخيلة ، كما أن المكتب يجب أن يكون فى موقع يتوفر له أكبر قدر من الهدوء .

والأغلب أن يأتى المرضى إلى المحلل عن طريق الإحالة . وهم يحالون فى البداية من الزملاء والأصدقاء ، ثم بعد ذلك من المرضى السابقين . وقد كان بعض المحللين فى الإطار الكلاسيكى يرفضون قبول مرضى محالين من مرضى سابقين ، إلّا أن قلة نادرة تصر اليوم على مثل هذا الرفض ، ويحاط كل ما يحدث فى عملية العلاج بالسرية التامة . ولا يستشير المحلل أحداً من أقارب المريض أو يقدم أى معلومات لأى مصدر خارجى إلا بموافقة المريض . ويحتفظ بالمذكرات فى حالة تسجيلها كتابياً أثناء الجلسات فى سرية مطلقة بعيداً عن متناول الآخرين ، ولا تسجل الجلسات صوتياً إلّا فى الحالات القليلة التى يتعين أن تتم بموافقة المريض بقصد استخدامها فى التدريس أو فى البحوث أو بقصد إسماعها للمريض لإعطائه الفرصة للاستجابة لصوته .

وفى علاقة المعالج بالمريض يتعين على الأول أن يستخدم أبسط لغة ممكنة ، ولا يجب استخدام أى مصطلحات فنية فى التبادل اللفظى ، حتى إذا كان العميل محللاً أو محللاً تحت التدريب ، كما يجب دائماً صياغة التبادل اللفظى فى إطار اللغة اليومية العامة .

وفى المقابلة الأولى يتعين على المحلل تقدير درجة استعداد العميل للتحليل وطبيعة طرحه ومقاومته وهو لهذا الغرض يوجه إلى العميل عدداً قليلاً من الأسئلة قد تكون أقل أهمية من ملاحظات المحلل للطريقة التى يبدو أن علاقات الطرح تتطور بها وإليها . فإذا كان المريض مثلاً إيجابياً بقدر متطرف فيما يتصل ببداية

التحليل ، فإن الأسئلة الموجهة إليه تكون قليلة ومتباعدة ، وفى بعض الحالات يطلب من المريض الاستلقاء على الأريكة مباشرة والبدء بالتداعى الحر . وقد كان ذلك هو أسلوب فرويد . إلّا أن الكثيرين من المحللين لا يصرون اليوم على اتباع هذا الأسلوب وذلك نظراً لأن الكثيرين من المرضى يحضرون للعلاج بمشاعر مقاومة اجتماعية لعملية التحليل والاستلقاء على الأريكة .

ويستخدم عدد قليل من المحللين الاختبارات السيكولوجية وذلك فى تقدير فاين (٧ ، ص ٢٥) بسبب صعوبة تفسير هذه الاختبارات للمرضى بالإضافة إلى اعتقاده بأن المعرفة المتحصلة من هذه الاختبارات تضيف القليل لفهم موقف الطرح – المقاومة وهو الذى يشكل محور التحليل . ولا يلجأ المحلل إلى الفحوص البدنية إلّا إذا كان هناك ما يشير إلى وجود مشكلة طبية . وفى هذه الحالة يحال المريض إلى طبيب لإجراء هذا الفحص .

وحيث أن المحلل يحاول تعليم المريض التغلب على الكراهية وحب الآخرين ، فإنه يتعين عليه هو نفسه أن يكون نموذجاً لذلك . وهناك ما يقرب من أن يكون استجابة طرح عامة من جانب المرضى الذين يخشون من رفض المحلل أو عدم حبه لهم . فإذا وجد المحلل فعلاً أنه يكره مريضه ، فإن ذلك يكون الضربة القاضية لكل عملية التحليل . ولا يتيسر علاج ذلك إلّا عن طريق مواصلة المحلل نفسه لعملية تحليله الشخصى . ويعالج المحلل مختلف أنواع المشكلات الأخرى التى تقع فى عملية التحليل مثل محاولات الإغراء والتهديد بالأذى البدنى ، إلخ .. من خلال إطار عملية التحليل وبوصفها جوانب من الطرح . ومن مشكلات المرضى التى تثير صعوبات خاصة احتمالات الانتحار والسلوك الذهانى . وفى هذه الحالات ، يغلب أن يتطلب الأمر إلحاق المريض بالمستشفى أو تعيين ممرضة لرعاية المريض بعيداً عن العيادة . ومثل هذا الإجراء لا يلجأ إليه المحلل بعامة إلّا فى حالات الضرورة القصوى التى لا يتوفر فيها بديل آخر . وينطبق نفس القول على استخدام العقاقير . وتعالج الأعراض الأخرى مثل البكاء والاكتئاب والانفعالية الزائدة بوصفها ظواهر إذا حللت تحليلاً صحيحاً وفهمت ، فإنها يمكن أن تسهم فى تحقيق نمو المريض . وكل من البكاء الزائد والقليل تطرف غير مرغوب ويعالج كل منهما بوصفه جزءاً من إطار الطرح والمقاومة .

٢ – ٢

والمراحل الرئيسية فى عملية العلاج هى بالنسبة لمعظم المحللين : إقامة علاقة ؛ ما يسمى شهر عسل تحليلى ، أول خبرة بأزمة علاجية ، تعميق العلاج ، تكرار مواجهة المريض بنفس المادة (وهى عادة أطول المراحل) وأخيراً إنهاء العلاقة العلاجية : وتبدأ المرحلة النهائية حين يعيد المريض فى النهاية الكثير من المواقف الطفلية الأولى ويبدأ فى حل الصراعات الطفلية بطرق مختلفة . فيعاد التعامل مع الصراعات القديمة والوصول إلى نتائج أكثر تواؤمية . ويمكن القول بأن أهداف التحليل قد تحققت حين يصبح المريض حراً بالقدر الذى يسمح له بالارتقاء بطريقته الخاصة ، وذلك رغم أن هذا الارتقاء قد لا يكون ظاهراً تماماً قبل فترة طويلة من النهاية الرسمية للعلاج . ويتعين أن تتم مواجهة شاملة مع الواقع فى هذه المرحلة من التحليل وأن يتحقق حل الطرح الناشىء عن المشاعر الإيجابية والسلبية وإلّا تطلب الأمر معاودة التحليل بواسطة نفس المحلل أو بواسطة غيره .

إعداد المحلل النفسى :

وهو إعداد شاق يتطلب من المحلل أن يكون متحرراً نسبياً من المقاومات الداخلية التى قد تغريه على أن يحجب عن الشعور ما يدركه لا شعوره نتيجة فيض التداعيات الموجهة إليه من مريضه ، ولذلك يتوقف إنجاز المحلل على ما تسمح به عقده ومقاوماته . ويشتمل تدريب المحلل على تحليل شخصى شامل ومتعمق ، بقصد تحرير عقله لأداء مهمته فى التداعى الحر ولتعلم أساليب التحليل النفسى . ذلك أن الأداة الوحيدة التى يستخدمها المحلل هى عقله ، ولذلك يتحتم أن يعرف المحلل نفسه قبل أن يستطيع معرفة مريضه . وهو يفهم مريضه عن طريق دراسة تأثيرات المريض عليه . فإذا تحرر المحلل من عقده وحاجاته الشخصية فى الموقف العلاجى ، أمكن افتراض أن الأفكار والمشاعر التى يخبرها هى بتأثير المريض . وكان فرويد يعتقد أن التحليل النفسى ليس فرعاً من فروع التخصص فى الطب ولكنه ببساطة « علم نفس » وأنه يمكن مواجهة خطر التغاضى عن مشكلة طبية عن طريق فحص طبى قبل أو خلال العلاج ، وأن التعليم الطبى لا يرتبط فى حد ذاته ارتباطاً مباشراً بمضمون التدريب على التحليل النفسى . وبالرغم من أن غالبية المحللين كانوا منذ البداية من المهن الطبية ، إلا أن أعداداً متزايدة من

الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين قد تدربوا على التحليل النفسى (٥ ، ص ١١٧٦) .

مجالات وحدود استخدام التحليل النفسى الكلاسيكى :

يصلح التحليل النفسى الكلاسيكى أكثر ما يصلح مع مرضى الهستيريا التحولية والمخاوف الهستيرية أو هستيريا القلق من صغار السن نسبياً ومن الأذكياء المتعلمين . كما يصلح أيضاً بقليل من التعديل فى حالات عصاب الوسواس والمخاوف وأعصبة القهر ، ولكن يتطلب العمل مع حالات اضطرابات الخلق والاكتئاب والانحرافات (الجنسية) والإدمان واضطرابات الدفعات والذهان تعديلات كبيرة عن التحليل النفسى الكلاسيكى وبالترتيب السابق . والعمر المثالى للعلاج عن طريق التحليل النفسى يقع بين سن ١٥ ، وسن ٥٠ سنة . فالأصغر من ذلك ينقصه النضوج الذهنى والعقلانية المطلوبين ، والأكبر من ذلك تنقصه مرونة العمليات العقلية والتى يتوقف عليها نجاح العلاج فضلاً عن جدوى استثمار الجهد فى علاج طويل الأمد فى هذه السن . ولا يصلح التحليل النفسى فى حالات الضعف العقلى والذهان وحالات الخلط والاكتئاب والسيكوباثية نتيجة صعوبة الحصول على تعاون المرضى وتفهمهم فى هذه الفئات . وعلى العموم لا يستحسن قبول مرضى غير متعاونين ، كما أن التحليل النفسى نظراً لما يستغرقه من وقت طويل لا يصلح فى حالات الطوارىء ولا يوصى به حين تكون الأعراض حادة وخطرة يتطلب الأمر ضبطها والتحكم فيها فى الوقت المناسب . وكذلك لا يصلح التحليل النفسى حين تكون مواقف حياة المريض يكتنفها القمع أو حين تتطلب مشكلات الواقع حلاً (٥ ، ص ١١٧٧) .

ويكون التحليل النفسى ملائماً أو مطلوباً حين يرجح أن المريض له تاريخ من الصراعات التى تستمر إلى الحاضر بشكل نشط ولكن لا شعورى والتى تنتج علامات وأعراض أو مشكلات خلق تبرر طلب علاج ممتد . فالمريض فى صراع ليس مع بيئته ، بالرغم من أن الصراع قد يظهر نفسه بهذه الصورة ، ولكن الصراع فى بنية شخصيته . وهذا الصراع بعيد عن الشعور . وتلح البواعث المحبطة التى تكون جزءاً من الصراع على التعبير ، وتنشأ عن ذلك ظواهر طرح متنوعة . ويؤكد ستيوارت (٢٧ ، ص ١٣٥١) على اعتبار ثانوى ولكن له

أهميته : وهو كما يقول فشل أنواع العلاج الأخرى فى تحقيق النتيجة المرغوبة فى مريض قابل للتحليل أى فى مريض يعانى من صراعات الماضى التى لم تحل بعد وتكون قابلة للطرح على المحلل .

ويقرر ستيوارت كذلك أن التحليل النفسى يعتبر أفضل علاج لأنواع معينة من الانحرافات وبخاصة إذا كانت نتيجة لفشل الخلق النرجسى فى الشعور بالحب للآخرين وفى الشعور بأنه يمكن أن يكون محبوباً من الآخرين . إلّا أنه فى السنين الأخيرة ، بدأ محللون يلاحظون أنه فى المجتمعات الحضرية على الأقل ، فإن المرضى الذين يعانون من أعصبة هستيرية وقهرية يبدو أنهم يقدمون أنفسهم للعلاج التحليلى بنسب أقل مما كانوا يفعلونه فى الماضى . وقد حل محلهم مرضى يعانون من اضطرابات شخصية مشابهة ومنها عدد متنوع من الاضطرابات الفمية والشرجية والقضيبية والهستيرية والقهرية والنرجسية . وقد أصبح شائعاً الاستعانة بالعلاج التحليلى لأعصبة الخلق هذه . ويرجع ذلك جزئياً إلى قيام سيكولوجية الأنا وذلك بتأثير الصياغات البنيوية لفرويد وبحوث الرواد من أمثال وليلهم رايك وآخرين لعملية تحليل الخلق ، وكذلك الدراسات التحليلية للأطفال . ولكن النظر إلى الموضوع على أساس « فئات » من المرضى لن يجدى كثيراً . ويتطلب الأمر دراسة فردية لصراعات المريض الفرد . فقد يكون مريض بالفوبيا قابلاً للتحليل ولكن مريضاً آخر بالفوبيا يكون غير قابل للتحليل . ويدخل فى الاعتبار تقدير المحلل لدافعية المريض وقدرته على تكوين تحالف تحليلى والالتزام بمواصلة تحليل أعمق يهدف إلى إحداث تغيير داخلى من خلال وعى متزايد بالذات . ويتطلب التحليل أن يكون أنا المريض بحيث يمكنه من تحمل احباطات دفعاته دون أن يستجيب بصورة جادة من صور التفعيل أو التحول من نمط باثولوجى إلى آخر . ولهذا السبب ، فإن الذهانيين والاعتياديين على المخدرات أو الكحوليات يعتبرون غير صالحين للتحليل النفسى بدون إدخال تعديلات على الأساليب الاعتيادية . ومعظم الذهانيين غير قادرين على تكوين رابطة وجدانية واقعية مما يكون أجزاء أساسية من عصاب الطرح . كما أن الأنا لدى الاعتياديين على المخدرات أو الكحوليات يكون عاجزاً عن تحمل إحباط الدفعات البدائية مما تنتج عنه غالباً العودة الاندفاعية إلى المخدر . إلّا أن هناك استثناءات ، فقد وجد بعض المحللين أن كحوليين معينين قابلون للتحليل . ويتوقف ذلك أساساً على طبيعة وحدة

الصراعات الأساسية ، كما أن بعض المحاولات قد بذلت لتحليل مرضى الذهان ، بإدخال تعديلات كبيرة فى الأسلوب .

ويحدد ستيوارت الحالات التى لا يصلح معها التحليل على النحو التالى : (١) غياب واضح لأنا معقول ومتعاون . فمثلاً يعتقد أن الراشد فوق سن الأربعين تنقصه المرونة الكافية لإحداث تغييرات كبيرة فى شخصيته ، إلّا أنه إذا توفرت فرصة طيبة لإشباعات ليبيدية ونرجسية ، فإنه يمكن تحليل من هم فوق الأربعين أو الخمسين ؛ (٢) أن يكون العصاب خفيفاً إلى الحد الذى لا يبرر الوقت والجهد والتكلفة ؛ (٣) إلحاح العصاب إلى الحد الذى لا يمكن فيه الانتظار لتكوين عصاب الطرح ؛ (٤) موقف حياة المريض غير قابل للتعديل على أسس واقعية بحيث يؤدى التحليل الناتج فقط إلى صعوبات أكبر .

ويتطلب الأمر عادة فترة تجربة للتحليل للحكم على ما إذا كان المريض قابلاً للتحليل أو ما إذا كان يتعين تحليله بواسطة محلل معين .

ولا يعنى ما سبق أن التحليل النفسى لا يستخدم مع كل الفئات السابقة ، ولكنه يعنى أن استخدامه يتطلب تعديلات كثيرة . وسوف نعرض فيما يلى لاستخدامه مع فئتين هما : الأطفال والذهانيون .

استخدام أسلوب التحليل النفسى مع الأطفال :

بدأ تحليل الطفل بحالة « هانس الصغير » (فرويد عام ١٩٠٩) ولكنه لم يتقدم كثيراً بعد ذلك إلّا على يدى كل من ميلانى كلاين وآنا فرويد . وقد أدخلت كلاين أسلوب اللعب فى تحليل الأطفال الصغار . وهى ترى أنه يمكن استخدام التحليل النفسى مع الطفل الصغير مباشرة دون حاجة إلى تعديل كبير وأن الطفل يتكون لديه عصاب الطرح خلال العلاج . ولكن آنا فرويد ترى أن تحليل الطفل الصغير يتطلب تعديلات كبيرة . وهى تعتقد أن الطفل الصغير لن يتكون لديه عصاب طرح لأن موضوعات الحب الأصلية لازالت حاضرة وواقعية ، وأن الأنا الأعلى للطفل لم يتم نموه بعد ، وبالتالى لم تكتمل لديه الضوابط الداخلية . ويتعين على محلل الطفل أن ينجح فى وضع نفسه محل الأنا النموذجى ego-ideal للطفل خلال فترة العلاج . وعلى العكس من آنا فرويد ، تستخدم

كلاين الطريقة المتبعة مع الراشدين فتتجنب كل الإجراءات التربوية . فالطفل لم يقرر بنفسه طلب العلاج ، وليس لديه استبصار بمرضه ، وهو لا يملك القرار ولا تتوفر لديه إرادة الشفاء ، إلخ . ويعتمد الطفل كلية على المحلل وهو أكثر معرفة وأكبر قوة ، ويتعين على المحلل أن يعيد تكوين تاريخ الحالة لا من الطفل ولكن من المعلومات التى تمده بها عائلته . وبينما تكون كل من الاتجاهات الإيجابية والسلبية مفيدة فى تحليل الراشد وفى تفسيرات الطرح ، إلّا أن الدفعات السلبية نحو المحلل فى تحليل الطفل تكون غير ميسرة للعلاج مهما كشفت عنه من جوانب أخرى . ومن ناحية أخرى ، فإنه باستثناء استخدام اللعب بديلاً عن التداعى الحر ، تمارس كلاين تحليل الطفل على نفس الطريق المستخدم فى تحليل الراشد ، وهى تستخدم للتفسيرات ما يفعله الطفل باللعب وبالأشياء الأخرى فى حجرة العلاج ونحوها . وهى ترى أن هذه الأفعال تشابه الأفكار المنطوقة من قبل الراشدين وأن أفعال اللعب للطفل لها نفس مكانة التداعى الحر للراشد . وفى تقدير برنستين تنبع الفروق بين موقف آنا فرويد وميلانى كلاين من فروق فى مراكز الاهتمام بجوانب معينة فى الموقف العلاجى ومن فروق فى الممارسات وفى المرضى . وقد وجهت آنا فرويد اهتمامها إلى تحليل الأطفال فى مرحلة الكمون .

استخدام التحليل النفسى مع الذهانيين :

أعتقد فرويد أن الذهانى لا ينتج طرحاً وأن ذهانه هو عصاب « نرجسى » وليس عصاب طرح ، ولذلك فهو غير قابل للعلاج عن طريق التحليل النفسى . ولكن اكتشاف عدد من الابتكارات العلاجية فى إطار التحليل النفسى فتح الباب أمام محاولات استخدام التحليل النفسى مع الذهانيين . ومن أمثلة هذه المحاولات ما تم فى عيادة بورغولزى Burgholizi . وقد اكتشف أن الذهانى يمكن أن يفيد من التحليل النفسى حين تم اخضاعهم للتحليل النفسى نتيجة خطأ غير مقصود فى تشخيص حالاتهم ، أو بقصد إجراء البحوث . فقد لوحظ تحسن بفعل تلقيهم الاهتمام الاكلينيكى الزائد . ولم يتعرض هؤلاء الذهانيين لتحليل نفسى بالمعنى الكلاسيكى ، ولكنهم عولجوا بطريقة تشجع على تكوين طرح إيجابى حسن . ويرى فيدرن Federn أنه فى حالات الذهان يتعين إتباع المبادىء التالية : (١) إقامة طرح إيجابى والمحافظة عليه ؛ (٢) وقف العلاج فى حالة قيام طرح

سلبى ؛ (٣) تقديم مساعدة وإشراف مستمرين خارج جلسة العلاج وبعد إنتهائه ؛ (٤) تقديم حل معتدل للمشكلة الجنسية . ويقرر فيدرن من واقع خبراته أن فرص الشفاء تتحسن إذا اتيح للذهانى قدر معقول من الاشباع الجنسى . ويوصى فيدرن فى علاج الذهانيين بما يلى :

١ – عدم تشجيع التداعى الحر لأنه يستثير أفكاراً هوسية ، ولأن استرجاع الفترات الماضية يؤدى إلى اكتئاب عن طريق جعل مشاعر الذنب شعورية ، هذا فضلاً عن أنه تتوفر لدى المحلل مادة كثيرة من العملية الذهانية نفسها . وبينما يكون هدف العلاج فى العصاب هو رفع الكبت ، فإنه يكون فى الذهان خلق الكبت أو دعمه .

٢ – عدم استلقاء المريض على أريكة ، لأنه فى هذه الحالة ينتج تداعيات ذات طابع ذهانى ؛ بينما ينتج تداعيات ذات طابع عادى إذا كان جالساً . والذهانى بعكس العصابى ، حين ينهض من الأريكة لا يستأنف مباشرة سلوكه العادى فى علاقته الشعورية بالمحلل .

٣ – لا يجب أن يحلل الطرح الإيجابى لأن الذهانى يمكن علاجه فقط فى وجود طرح إيجابى .

٤ – يجب عدم تشجيع تكوين عصاب الطرح لأنه يتحول إلى ذهان الطرح .

٥ – يجب عدم إزالة المقاومة قبل الوقت المناسب لأنه من غير المرغوب فيه الكشف عن مواد لا شعورية أكثر .

٦ – يتعين استخدام التفسير للمادة وللأعراض وليس للطرح والمقاومة .

٧ – يميز فيدرن بين المقاومة الموجهة ضد الشفاء والمقاومة الموجهة ضد المادة اللاشعورية ، ويتعين حل الأولى بينما يتعين دعم الثانية (٥) .

ويعتقد سبوتنيتز أن كراهية الذات هى المشكلة المركزية التى يتعين حلها فى العمل مع الفصاميين . والمحلل يجب أن يكون قادراً على التعايش مع التفريغ العلاجى للعدائية المدمرة وعلى توجيه هذه الدفعات إلى سلوك لفظى . فالمريض يعانى من تنبيه زائد (نقص العزل عن المنبهات insulation) يصاحبه نقص فى التفريغ (تجمع للاحباط والعدوان) . ولذلك يتعين دعم المقاومة أحياناً لأن لها

قيمة عازلة تمنع تجمع عدوان اندفاعى أكثر مما يمكن للمريض تفريغه لفظياً . ويكون هدف العلاج هو بناء إمكانيات الأنا العازلة وإثراء أنماط التعبير الذاتى . ومن أمثلة محاولات استخدام التحليل النفسى مع الذهانيين منهج روزين Rosen والذى يسميه « التحليل المباشر » ومناهج Eisiler و Bychoveski و Wolman (فى ٥ ، ص ١١١٩) .

مشكلات فنية أخرى :

١ - **معانى واستخدامات الطرح المضاد** : سبق وأن أشرنا إلى أن الطرح المضاد فى تصور فرويد يشمل المشاعر التى يستثيرها المريض فى المحلل والتى تعوق قدرته على القيام بتحليل موضوعى . وهى مشاعر ترجع إلى عناصر غير محللة أو مكبوتة فى لا شعور المحلل ويتعين العمل على إزالتها قدر الإمكان عن طريق التحليل الذاتى أو من خلال ضوابط . ولكن بدأ المحللون حديثاً يتعرفون على مشاعر أخرى يستثيرها لديهم مرضاهم ويمكن أن تندرج تحت الطرح المضاد ولكنها لا تمثل اسقاطات ، بل إنها قد تيسر على المحلل فهم لا شعور المريض . والمقصود بها المشاعر الموضوعية وليست الذاتية المستثارة لدى المحلل . وينظر اليوم إلى الطرح المضاد بوصفه شاملاً لكل المشاعر التى تتولد لدى المحلل خلال عملية العلاج كما تشمل كل اتجاهاته نحو ذاته ونحو المريض ، ولا يقل ضبط الطرح المضاد أهمية فى نجاح العلاج عن ضبط الطرح ، وهو ضبط يتحدد بقدرة المحلل على السماح بمشاعره خلال عملية التحليل أو حذفها .

٢ - **مشكلة إنهاء العلاج وتعريف الشفاء** : بينما يصر بعض المحللين على إعادة بناء الشخصية ، يقنع البعض الآخر بالحصول على التحرر الدائم من الأعراض المؤلمة والمؤدية للعجز والتى أوصلت المريض لطلب العلاج . وثمة فريق ثالث يحاول التوصل إلى ذكريات الطفولة ورفع الكبت وتحقيق التفريغ والاستبصار . وترتبط هذه المشكلة بتعريف التحليل الناجح ومحكات إنهاء العلاج . وبينما يبدو تحليل أن لا نهاية له ، نجد أحياناً أخرى أن المحلل والمريض يتفقان على إنهاء العلاج دون التحقق من أنه قد حقق

غاياته . ويتوقف ذلك بالطبع على مزاج وطموح المحلل وعلى حاجات وقدرات المريض . ويقرر برنستين (٥ ، ص ١١٩٤) أن المحللين يغلب أن يتفقوا على أن التحليل قد يعتبر ناجحاً إذا تحسنت بقدر معقول قدرة المريض على العمل وعلى الحب إلى الحدود العادية وإذا تخفف المريض من معاناته العصابية إلى مستوى اللاسعادة العادية .

٣ - **مشكلات تدريب المحلل والاشراف عليه** : يثور الخلاف أحياناً بين المعاهد التدريبية والجهات المرخصة بممارسة التحليل النفسى من حيث القضايا النظرية المتضمنة فى مختلف القرارات والممارسات العملية التى استقرت عليها هذه المعاهد والجهات . ومن هذه القضايا : هل يختلف التحليل التدريبى عن التحليل العلاجى ؟ ما هى محكات التحليل التدريبى الجيد ؟ ما هو دور المحلل المدرب فى إجراءات اختيار المتدرب والإشراف عليه ؟ ما هو تأثير دور المحلل المدرب على موقف الطرح - الطرح المضاد ؟ أين ومتى وكيف يبدأ المرشح فى البرنامج التدريبى الرسمى ؟ ما هو مضمون هذا البرنامج ؟ ما هو مقدار الضبط والإشراف المطلوبين ؟ كيف تضبط استجابات الطرح - الطرح المضاد لدى المدرب والمتدرب ؟ ما هى محكات اختبار واجازة المتدرب والمحلل الضابط control analyst ؟ غير أنه من المتفق عليه بعامة أن إعداد المحلل يتطلب تحليلاً شخصياً وتدريباً تخصصياً فى نظرية وممارسة التحليل النفسى وفترة ضبط وإشراف بواسطة محلل خبير على اتصالات المتدرب الفعلية بالمرضى .

٤ - **المشكلات المتعلقة بالطرف الثالث** : Peer review in psycho analysis . ويقصد بالطرف الثالث شركات التأمين غالباً أو الهيئات الحكومية التى تتكفل بنفقات العلاج . وهى مشكلة لم تظهر بعد بشكل حاد فى بعض البلاد العربية نظراً لعدم انتشار نظم التأمين بالقدر الذى تنتشر به فى البلاد الأخرى مثل الولايات المتحدة الأمريكية ، أو لأن بعض الحكومات وبخاصة فى دول النفط قد لا تشعر بالحاجة إلى إجراء مثل هذه المراجعات ، أو لأن هذا النوع من العلاج لم ينتشر بعد إلى الحد الذى يتطلب مثل هذا التدخل ، ولكنه يشكل مشكلة فى كثير من البلاد الأخرى لسببين رئيسيين : أولهما ارتفاع تكلفة العلاج الذى يدعو الشركات

والحكومات إلى محاولة التحقق من صدق الحاجة إلى التكفل بهذه النفقات ؟ وثانيهما : ما يترتب على تدخل طرف ثالث من مشكلات قد تعوق فعالية العلاج . ويتم التدخل عادة على ثلاثة مستويات قد يقف عند أى منها حسب ظروف الحالة المعينة : تدخل كتابى أو إدارى من قبل غير الفنيين الذين يقومون بهذه الإجراءات الإدارية المكتبية . فإذا ظهرت الحاجة إلى التساؤل رفع الأمر إلى مستشارى الشركة أو الحكومة وهم يكونون من الاختصاصيين غالباً . فإذا ما ظل الأمر موضع تساؤل يمكن أن يرفع إلى المستوى الثالث Peer Review بناء على طلب من شركة التأمين أو من المريض . ويتكون الطرف الثالث فى هذا المستوى من لجنة من المحللين وأحياناً من غير المحللين ممن يكونون على دراية تامة بمعايير الممارسة العلاجية فى المجتمع المعين يعينون من قبل جمعية مهنية معترف بها مثل فرع نقابة الأطباء أو رابطة المعالجين النفسيين فى الجهة المعينة . وهذه يقدم إليها المحلل أو المعالج النفسى التقارير التى قد تتضمن مواد لا تتاح غالباً للهيئات القضائية ويتعين الاحتفاظ بسريتها ، فلا تتاح للشركة مثلاً أو لغيرها . إلّا أن هذه المراجعة تثير عدداً من الأسئلة الهامة منها : (١) مدى توفر السرية وهو شرط أساسى فى التحليل النفسى وفى غيره من أنواع العلاج النفسى . وبدون السرية يصعب على المريض التداعى الحر وتنشأ لديه مقاومة داخلية . ومن الناحية الواقعية ، يصعب الاطمئنان إلى توفر السرية فى مثل هذه الحالات ، إذ أن البيانات وبخاصة إذا كانت مسجلة على الكمبيوتر يمكن أن تتاح للموظفين وللمرضى . وقد لا يكون ذلك أمراً خطيراً فى كثير من الحالات . إلّا أنه قد يكون بالغ الخطورة إذا كان المريض شخصية عامة لها مطامح سياسية مثلاً . وتلجأ بعض الهيئات إلى استخدام قوائم شطب لا تشمل بيانات شخصية ولكن هذه فضلاً عن أنها تحول المريض إلى أرقام فهى تجعل مهمة اللجنة صعبة لتحديد مدى الحاجة إلى التحليل وإلى قابلية المريض للتحليل فضلاً عن عملية العلاج . (٢) تأثير دفع طرف ثالث لتكلفة العلاج على مساره . وهنا يقرر ستيوارت (٢٧ ، ص ١٣٥٢) أنه لا توجد قاعدة عامة . إذ يذكر بعض المرضى أن ذلك قد يطيل فترة العلاج دون ضرورة بينما قد لا يكون له هذا التأثير السلبى فى

حالات أخرى . كما أن بعض المرضى حين يتطب الأمر إعادة التحليل قد يرفض استخدام التأمين لهذا الغرض . وقد كانت تتردد منذ سنين دعوى أن معاناة المريض ودفعه للتكلفة شرط لفعالية التحليل ، إلّا أن الكثيرين لا يسلمون اليوم بهذا الرأى ويضربون مثالاً لذلك أن انخفاض تكلفة التحليل التدريبى لا يقلل من فعالية التدريب . وقد يكون إصرار البعض على هذا الرأى تبريراً لطرح مضاد سادى . ويذكر آخرون لتعضيد الرأى الآخر قصة مريض مفرط الثراء لم يبدأ الاستجابة للتحليل إلّا بعد أن رفع المحلل تكلفة العلاج أضعافاً مضاعفة . وفى حالة أخرى أدرك المريض أن دفع شركة التأمين لتكلفة العلاج كان بمثابة انتقام من المعاناة التى خبرها من والد سادى ، إلخ . وفى كل الحالات يتعين أن تكون كل هذه الأمور موضع التحليل .

ويقاوم معظم المرضى هذا التدخل فى خصوصية العلاج ، وهى مقاومة تتراوح فى شدتها من مريض لآخر ، بل إن بعض المرضى يرفضون السماح للمحلل بتقديم بيانات صادقة إلى لجنة المراجعة رغم علمهم بأن التقرير يحتفظ بسريته وأن أى وثيقة مكتوبة يمكن استعادتها وتدميرها ، وبالرغم من احتمال رفض اللجنة لأحقيته فى العلاج لعدم تمكنها من دراسة حالته . ويلجأ بعض المرضى إلى استشارى آخر غير المعالج لإعداد تقرير إلى لجنة المراجعة . والميزة الرئيسية لهذا الأسلوب هى عدم وضع المحلل فى موضع المعالج وفى نفس الوقت فى موضع عميل للجنة المراجعة ، وكذلك فإن المحلل قد لا يرتاح إلى الكشف عن أعماله لزملائه فى اللجنة رغم أنه كان يفعل ذلك خلال فترة تدريبية . ويبقى سؤال عملى عما إذا كان المحلل يتعين أن يكشف عن تقريره للمريض . ويرى البعض أن هذا الكشف قد لا يكون مفيداً بوصفه تلخيصاً ، إلّا أنه فى حالات أخرى حين يكشف التقرير عن حالة الطرح والطرح المضاد ، فإن الكشف عن التقرير قد يكون سبباً فى أذى كبير للمريض . وفى كل الحالات يتعين مناقشة مثل هذه الأمور فى التحليل .

٥ - **تقييم نتائج العلاج بالتحليل النفسى** : وسوف نؤجل مناقشة هذه المشكلة إلى الفصل التالى بعد مناقشتنا للتطورات فى التحليل النفسى ، كما أننا سوف نناقش أيضاً تطبيقات التحليل النفسى والعلاج التحليلى .

الفصـــل الثـــالث

تطورات التحليل النفسي وتطبيقاته

مقـدمـة :

تعرض التحليل النفسي فى تاريخه الطويل لهزات وانشقاقات تفاوتت فى درجة شدتها وابتعادها عن المقومات الأساسية للتحليل النفسى الفرويدى الكلاسيكى . وقد بدأ هذه الانشقاقات فى تاريخين متقاربين اثنان من أقرب وأوائل زملاء فرويد هما : آدلر (علم النفس الفردى) ويونج (علم النفس التحليلى) . كما أدخل عدد من المحللين الأوائل بعض التعديلات فى طرق التحليل النفسى . ومن هؤلاء فيرنزى ووهلم رايك . وفى فترة لاحقة نشأت جماعة ممن أطلق عليهم اسم « المحللين الفرويديين الجدد » Neo - Freudian psychoanalysts ومن أبرزهم كارين هورنى ، كلارا تومسون ، ابرام كاردينر ، هارى ستاك ساليفان ، فريدا فروم –ريكمان، وإيريك فروم . وكذلك قام « علم نفس الأنا » وقد ناقشناه فى الفصل السابق لأنه أقرب إلى التيار الأساسى فى التحليل النفسى الفرويدى . وفى مقدمة رواده : هاينز هارتمان ، رودلف لوينستاين ، إرنست كريس ، دافيد رابابورت ، جورج كلاين ، روبرت ر. هولت ، وروبرت و. هوايت . كما ترتبط بعلم نفس الأنا أعمال آنا فرويد وإريك اريكسون .

ثم برزت حركة قوية قادتها جماعة شيكاغو بزعامة ألكساندر وفرنش . وقد جمعت ما بين مفاهيم علم نفس الأنا والفرويدية الجديدة فى « العلاج النفسى بالتحليل النفسى » أو اختصاراً « العلاج النفسى التحليلى » . وفى تاريخ أحدث نسبياً ، نشأ العلاج النفسى المختصر ، ومن أبرز رواده مالان ، بيللاك وسمول ، وبارتون . كما برزت أشكال التدخلات بالأزمات crisis intervention ومن روادها كابلان وسفنيوس .

وقبل أن نعرض لنماذج من هذه الأعمال ، يحسن أن نبدأ بتوضيح ما هو فرويدى وما هو لا فرويدى non-Freudian . ونستعين فى هذا المجال بآراء

إيمانويل ك . شوارتز (٢٥) والتى يمثل لها بأفكار بعض ممن سبق الإشارة إليهم . وسوف نعود بعد عرض آراء شوارتز إلى تقديم ملخص عن أهم الأفكار التى يقدمها بعض هؤلاء الرواد .

آراء شوارتز فى الفروق بين التحليل الفرويدى والتحليل اللافرويدى :

يبدأ شوارتز بما قرره فرويد من أن منهج التحليل النفسى يتميز بثلاثة عوامل مركزية هى : (١) استدعاء الذكريات والكبت والمقاومة ؛ (٢) الخبرات الطفلية بما فيها الجنسية الطفلية ؛ (٣) العمليات اللاشعورية وفهمها عن طريق تفسير الأحلام . ويتميز المنهج الفرويدى الكلاسيكى بقواعد جامدة فى اختيار المرضى وفى تحديد بنيان الموقف العلاجى وفى تحديد الأهداف وطرق تحقيقها . ويؤكد هذا المنهج على الأصول التاريخية والارتقائية الفردية للحاضر ، ويصر على تذكر الخبرات الطفلية الأولى بما فيها الخبرات الجنسية . ويحاول العلاج نقل العمليات اللاشعورية إلى الشعور واستكشاف الظاهر بقصد تحديد معناه الكامن عن طريق التداعى الحر والأحلام والمشاعر . ويمثل تحليل المقاومة والتغلب عليها نشاطين هامين فى التحليل النفسى .. ويتحقق التغيير عن طريق الوعى بالدوافع ، وتعدد أسباب الحاضر . والجمع بين الاستبصار الذهنى والمشاعر العميقة يؤدى إلى أساس له معنى للتعامل مع الأنماط المتكررة من الدفعات والقهر والتزام بالواقع بدلاً من الوهم . وينظر إلى الجنس والعدوانية بوصفهما قوى أولية ، كما ينظر إلى النشاط فى أى منهما بوصفه تفعيلاً ، ومنه مقاومة التحليل . ويمثل الطرح والعدوان وعصاب الطرح مصفوفة العلاج . والتفسير تدخل فنى أولى . وتستمر مجابهة البدائل الأفضل على أساس من الفهم الشعورى والوعى بالمشاعر working through .

أما فى التحليل اللافرويدى ، فإن المحلل ينزع إلى استخدام الخبرة بالحاضر بدلاً من الماضى ، ويصبح تبادل التفاعلات محور العلاج مع استكشاف للعمليات العقلية الشعورية والاتجاهات والقيم . ويقبل المضمون الظاهر بوصفه أساساً صالحاً للتعامل معه ، كما تبذل محاولة لزيادة الوعى بما يقل الوعى به . ويقل الاهتمام بالأحلام وبالعمليات العقلية اللاشعورية . ويحل بدلاً من محاولة التغلب على

المقاومة التعاون بين المريض والمعالج . ويزداد التأكيد على عواقب السلوك الحاضر . وينظر إلى الجنسية بوصفها جانباً من اتجاهات معممة نحو الموقف الإنسانى ، وترفض أهمية التفعيل بينما يزداد الاهتمام بكل أشكال الفعل . ويصبح النشاط طريقاً لتغيير صور التفكير والمشاعر والفعل . والخلاصة ، فإن العملية هى إعادة إشراط لأنماط السلوك من خلال فك تعلم الأنماط القديمة وتعلم أنماط جديدة . وهذا المنهج هو ما يتسم به أتباع هورنى وساليفان وآدلر وفروم ورانك . وينزع أنصار يونج وأتباع فيرنزى وإلى حد ما المعالجون من المدارس الوجودية والثقافية إلى إتباع منهج فلسفى فنمنولوجى . ويسود التفكير الاجتماعى - التاريخى منهج المدرسة الثقافية فى العلاج . فهم يعترفون بأهمية المقاومة لفهم ما يقل الوعى به ، ولكنهم يستخدمون التربية ، أى التنشيط عن طريق تقديم خبرة السعى والكفاح من أجل إضفاء معنى أكبر على الحياة . ويزداد اهتمام أنصار يونج باللاشعور العميق وبالماضى العميق ويؤكدون على أهمية الدفعات العميقة فى تأثيرها على السلوك الحاضر . أما الوجوديون فهم فنمنولوجيون يستخدمون الالهام وإعادة التربية بدلاً من التفسير للتغيير .

ويلخص شوارتز فهمه للفروق الأساسية بين الفرويديين واللافرويديين من حيث الممارسات فيما يلى :

الموقف التحليلى : يقل استخدام الأريكة ويفضل عليها العلاج وجهاً - لوجه ، كما يقل عدد الجلسات اليومية ويقل الاصرار على تقييد الاتصال بين المعالج والمريض خارج جلسة العلاج ، وكذلك بين المرضى والمعالج وأسرة المريض . ومن ناحية أخرى ازداد الاهتمام بالعلاج الجماعى والعلاج العائلى .

المحلل والمريض والعلاقة : ويرى المحلل اللافرويدى بعكس المحلل الفرويدى أن العلاقة بينه وبين المريض علاقة واقعية ذات وجهتين ، تحتل فيها المشاعر والأفكار والأفعال الملائمة وغير الملائمة للمعالج نفس الأهمية التى تحتلها بالنسبة لمشاعر وأفكار وأفعال المريض . وذلك أنه إذا نظرنا إلى المحلل بوصفه مجرد عامل وسيط لا يحدث له أى تغيير فى العلاقة العلاجية ، فمن المعقول التساؤل عما إذا كان يجب أن نتوقع تغيراً فى المريض . والمحلل اللافرويدى ، بعكس المحلل الفرويدى لا يصر على نوع واحد من النشاط فى تعامله مع كل الأنواع المختلفة من

المرضى ، فهو قد يلعب أدواراً مختلفة مع الأنواع المختلفة من المرضى . ويقدر شوارتز أنه يمكن التحدث عن متصل مفهومُ الذات فى دور المعالج . وفى أقصى طرفه يقف المعالج الذى يصر على أنه يجب أن يكون ذاته تحت أى ظرف من الظروف وفى كل الظروف . وهو عن طريق صدقه وإخلاصه يمكن أن يشجع الصدق والإخلاص من جانب مريضه . وهناك الموقف الوسط للمحلل التقليدى المحايد الذى يحتفظ بالموضوعية وعدم الفعل الاستجابى قدر الإمكان بل يرى البعض أنه يمكن إجراء تحليل كامل دون أن ينطق المحلل بكلمة واحدة . وعلى الطرف الآخر من المتصل يقف المعالج الذى يرى أنه يتعين أن يلعب دوراً مثل استخدام طرق التمذجة وأن ما يفعله هو جزء من خطة مصممة شعورياً بقصد استثارة أنواع معينة من الاستجابة من قبل المريض .

ويثار عدد من الأسئلة فيما يتصل بكل من هذه المواقف الثلاثة : لمصلحة من يكون الموقف المعين . هل يتمسك المعالج بالحياد ليقى نفسه من جهله وعقمه ؟ وهل إذا أراد أن يكون ذاته فهل يفعل ذلك لإشباع حاجاته النرجسية ؟ وهل إذا لعب المعالج دور الاستثارة ، فهل يفعل ذلك لاشباع ساديته على حساب المريض ؟ يرى شوارتز أنه من الممكن للمعالج أن يلعب أى دور من هذه الأدوار مع المرضى المختلفين أو مع نفس المريض فى أوقات مختلفة حسب الحاجات الحقيقية للمريض . وترفض هورنى الدور السلبى للمحلل الفرويدى ، وهى مثل رانك تعتقد أنه من الضرورى تعبئة قوة الإرادة لدى المريض ، وتقوية دوافعه ووعيه بقصد تمكينه من إصدار الأحكام واتخاذ القرارات وهى مثل معظم المحللين تقبل الموقف القائل بأن الخوف هو القوة الكامنة وراء كل الاضطرابات الانفعالية وأن المشكلة تدور دائماً حول أحسن الطرق لمساعدة المريض على التغلب على خوفه سواء أسمينا هذا الخوف « قلقاً » أو « رهاباً » (فوبيا) أو « صراعاً » أو « توتراً » أو أى اسم آخر ، وفى الموقف العلاجى ، يشعر المريض بالأمن الانفعالى فى علاقته مع المحلل . وهذا هو ما ييسر لا فقط نزعات النكوص ولكن التقدم أيضاً ، وهو النتاج النهائى للعلاج . وتنمى العلاقة العلاجية بطبيعتها النزعة النكوصية . ولكن فى هذا المجال ، تختلف المدارس العلاجية . وتنمى العلاقة العلاجية بطبيعتها النزعة النكوصية . ولكن فى هذا المجال ، تختلف المدارس العلاجية ، فقد يشجع بعضها النكوص إلى حد إقامة عصاب طرح ، بينما تتجه مدارس أخرى إلى عدم

تشجيعها . ولكن العلاقة وجوانبها النكوصية تكون جزءاً من أى علاج . ويتعين عكس النكوص عند النقطة التى يواصل فيها المحلل ويكرر مواجهة المريض بالبدائل الأكثر ملاءمة على أساس الفهم الشعورى والوعى بالمشاعر working through بحيث يحتل التقدم الاهتمام الأول . ويلخص شوارتز المسلمات التى يبدو أن المدارس اللافرويدية تشترك فيها على النحو التالى : كل ما هو مطلوب خبرة انفعالية تصحيحية ؛ النماذج ذات الدلالة فى الماضى ليست لها أهمية فى اللحظة الحاضرة ؛ الخبرة الجديدة مع المعالج تجعل من المريض مشاركاً بحيث يصبح كل من المريض والمعالج موضوعاً للآخر ؛ والاستبصار غير هام نسبياً .

والمدرسة الفرويدية التقليدية تشجّع السلبية من جانب كل من المعالج والمريض ، ذلك أن سلبية المعالج تدرك على أنها تشجع المحلل على الانصات والانتظار والنظر وعدم القفز إلى النتائج وعدم الوقوع فريسة إغراء المضمون الظاهر لأقوال المريض . كما أن السلبية تساعد على الاحتفاظ بمسافة بين المعالج والمريض وتؤكد على موضوعيته وعلى انتقائية تدخلاته وأهمها التفسير ، وهو فى نظر التحليل النفسى إعادة التكامل الخلاقة بين البيانات الارتقائية فى حياة المريض ، ويهدف إلى إمداده بالاستبصار وبطريقة جديدة لرؤية العلاقة بين سلسلة وأخرى من الأحداث ؛ بين الماضى والحاضر وبين العمليات الشعورية واللاشعورية . وفضلاً عن ذلك ، فإن السلبية تدعم واحدة من أهم صفات العلاقة التحليلية وهى عصاب الطرح ، وهو غرض قصير المدى يشكل أداة للتغيير فى المريض ، ويتحقق أحسن ما يتحقق فى نظر التحليل النفسى التقليدى إذا لم يصبح المحلل موضوعاً للمريض ، فهو علاقة رمزية تعاد فيها الخبرة بالاتجاهات الاعتمادية والطفلية مع المحلل . ولكى لا يصبح المحلل موضوعاً ، يتعين عليه أن يحتفظ بسلبيته قدر الإمكان . أى أن توجيه المحلل للمريض هو : « اعرف نفسك ولا تعرفنى » ، وذلك أنه إذا سمح المحلل للمريض بأن يعرفه وبأن يكون موضوعاً له ، فإن الفرق بين الواقع والوهم يصبح غامضاً ويفشل فى تحقيق الهدف التحليلى . ويرى المحللون اللافرويديون أن ما سبق يعنى ألّا ينطق المحلل بكلمة واحدة ، وهو أمر يكاد يكون مستحيلاً ، كما أنه من الصعب أن يبقى المريض غير واع وغير عارف بأى واقع يرتبط بالمحلل . ولذلك فإنهم بدءاً من آدلر ، يدخلون عنصراً كبيراً من الواقع فى العلاقة التحليلية ، ويؤكدون على النشاط التربوى

للمعالج . وهم يرون أن المعالج حين يصبح موضوعاً للمريض ، فإن ذلك لا يعوق العلاج بالضرورة ، بل إن نتائج إيجابية قد تتحقق عن هذا الطريق مع بعض المرضى . فمثلاً ، قد يتقدم مريض محروم فمياً فى العلاج إذا قدم له المحلل فنجاناً من القهوة (٢٥ ، ص ١٢٠٥) .

أما بالنسبة للمريض ، فإن السلبية التى يتطلبها التحليل النفسى الكلاسيكى تخدم غرض إعطائه الفرصة للسيطرة على مشاعره الداخلية وأن ينتقل من الموضوع إلى ذاته ، وأن يتدرب على التأمل الباطنى والتداعى الحر . والأهم من كل ذلك أن يتوقف عن الفعل . ويقوم ما سبق على أساس افتراض أن العصابى فى كل أفعاله ، فإنه يفعله لأنه عصابى ، ولذلك يتعين إحباط كل أنشطته . وقد أدى ذلك إلى أن يوجه كل المرضى تحت التحليل إلى عدم إحداث تغييرات جوهرية فى مواقف حياتهم خلال مجرى التحليل . ومن الواضح فى تقدير شوارتز أنه من المستحيل التمسك بهذا النموذج ، وإذا أمكن فإنه يكون لا إنسانياً . فمثلاً ، كان بعض المحللين الأوائل مرضاهم من الاتصال الجنسى خلال التحليل النفسى بقصد زيادة الاحباط . وقد ينهى بعض المحللين المعاصرين التحليل لأن المريض تزوج أو لأن مريضة أنجبت طفلاً قبل الوقت الذى يعتقد المحلل أن المريضة تكون مستعدة فيه لذلك ، أى فى الوقت الذى يحتاج المريض فيه إلى المحلل أشد الاحتياج . والواقع أنه طالما أن المريض حى ، فهو يكون فاعلاً . والسلبية المطلقة من جانب المريض أمر غير واقعى . والمهم أن يميز المحلل بين الأفعال التى تمثل تفعيلاً ، أى فى صورة طرح أو مقاومة ، وأى الأفعال يمثل محاولات بناءة فى حياة المريض . وقد أدى ذلك ببعض المحللين اللافرويديين إلى تبرير كل نشاط للمريض بوصفه مرغوباً فيه إلى الحد الذى اعتبروا فيه حتى التفعيل على أنه غير باثولوجى وأنه بنّاء . إلّا أن شوارتز يرى أن التفعيل تفعيل ، وأنه غرضى وباثولوجى ، ولكنه قد يخدم غرضاً بنّاء فى لحظة معينة فى حياة مريض معين ، مثل التحرر من قهر التكرار ومحاولة خبرة إنسانية جديدة بديلة . ويمكن استخدام هذا التفعيل بصورة بناءة فى العلاج إذا أصبح موضوعاً للدراسة والاستكشاف وتحقيق فهم جديد من قبل المريض . ويرى روزين أن التفعيل قد يرجع إلى نجاح المحلل فى حل مقاومة المريض مما يسمح له ببزوغ رغبات المريض المكبوتة . ولذلك فإن الدفعات والمشاعر التى كانت موجهة أصلاً نحو الأم أو الأب ، توجه بعد رفع الكبت نحو المحلل أو نحو

نماذج أخرى مثل القرين أو الشقيق أو الأبناء . ولكن مواجهة التفعيل يتطلب استعداداً مناسباً من جانب المحلل .

ويرفض المحللون اللافرويديون – ربما باستثناء يونج – النكوص وما يتضمنه من سلبية ، وهم يرون أن السلبية قد تعنى الاقتراب من الموت وأنها تشجع العزلة واللامبالاة . وهناك بالطبع مرضى كثيرون مندفعون دون روية ودون مشاعر ، ويفضل المحلل لو أن هؤلاء المرضى استطاعوا كف التفعيل حتى يتوفر لديهم وقت للتأمل والمشاعر والانخراط فى نشاط أكثر ملاءمة . إلّا أن هناك أيضاً مرضى كثيرين يفكرون ولا يفعلون ومنهم الحوازى والمكتئب وذو الخلق السلبى . وقد يكون من الضرورى تشجيع هؤلاء على ممارسة النشاط . والفرويديون يقصرون التحليل على العصابيين الذين يمكنهم تحمل حالة مؤقتة من الإحباط والكف والعزلة والسلبية دون أن يصبح ذلك طريقة للحياة ، ولكن اللافرويديين لا يقتصر عملاؤهم على العصابيين ، فهم يعالجون أيضاً الحالات الشديدة من العصاب مثل الوسواس واضطراب الخلق وكذلك حالات الذهان . ويرى ساليفان وفروم – ريكمان الفصام بوصفه عملية إنسانية يتعين فهمها وعلاجها .

العمليات الشعورية واللاشعورية : من بين كل اللافرويديين ، تلتزم مدرسة واحدة فقط هى مدرسة يونج باستكشاف العمليات اللاشعورية لدى المريض بل تحاول تتبع الارتقاء التاريخى بما فى ذلك ما قبل التاريخ الشخصى . ويستمد المحللون الوجوديون الكثير من قيمهم الفلسفية والإنسانية من مدرسة يونج ولكنهم يؤكدون على الفنمنولوجيا بدلاً من العمليات اللاشعورية مما انتهى بهم فى تقدير شوارتز (٢٥ ، ص ١٢٠٧) إلى علم نفس ضعيف وإجراءات أقل وضوحاً . وقد أدى انشغال يونج الزائد باللاشعور إلى الاعتقاد بأن « اللاشعور لدى الإنسان يحتوى على كل أنماط الحياة والسلوك المتوارثة من أسلافه » . وهو يرى أن اللاشعور يدرك وله أغراضه ومشاعره وتفكيره مثل العقل الشعورى . وهو يستمد البرهان على ذلك من الخبرة السيكوباثولوجية والاكلينيكية ، ومن البحوث فى عمليات الأحلام . والشعور فى اعتقاد يونج انتقالى ، بينما العمليات اللاشعورية أبدية ، كما أن الواقع ليس موضوعياً أو خارجياً ولكنه داخلى . وفى تحليل مريض معين ، يقدر يونج أن الخطأ الأساسى فى المريض هو فى اتجاهه الخلقى ، وهو يحتاج إلى فهم معنى وغرض الحياة والطابع الروحى للحياة

النفسية . والصراع الذى يجب أن يتعامل معه المريض هو رغبته فى تجنب المصدر الروحى للمضمون العقلى . وموقف يونج يختلف عن موقف اللافرويديين من حيث العمليات اللاشعورية . فمثلاً ، تهتم هورنى بالنشاط الكلى للمريض . والمهمة الأولى هى فهم طبيعة النظرة للحياة وطبيعة الشخص ووجوده الشعورى . وهى لا تضفى أهمية كبيرة على تاريخ الشخص وخبراته الطفلية . والشعور هو مركز الاهتمام ومهمة المعالج هى أساساً مهمة تربوية تعنى تغيير النظرة والشعور وتصحيح الانحراف فى التفكير وليس نقل اللاشعور إلى الشعور بل هو إحلال النظرة العقلانية محل النظرة اللاعقلانية . والشفاء فى نظر مدرسة هورنى هو تغيير وجهة الشعور العقلانى .

ويركز آدلر اهتمامه على الواقع الاجتماعى والتربية وإعادة تعليم المريض قيماً اجتماعية جديدة والشعور بالمسئولية فيما يتصل بالعدوانية والعنف وتقوية الضوابط الشعورية والقيم فيما يرتبط بالسلطة والتعاطف مع الآخرين ، وأخيراً على الانشغال المتعاطف مع الناس الآخرين . ويعتمد الآدلريون أساساً على التربية والالهام لتشجيع المريض على انتهاز الفرصة للسلوك فى وجهات جديدة أكثر ملاءمة للواقع الشخصى والواقع الاجتماعى ، ويتضمن ذلك شعورياً الفعل والمحاولة والكفاح والتغيير الشعورى لطراز الحياة ويساند المعالج المريض من خلال المجهود التعاونى فى العلاج .

وإذا قام اللافرويديون بتفسير الأحلام ، فإن ذلك يكون غالباً فى إطار مشكلات الحياة الحقيقية للمريض ، وهم يتناولون عادة فقط المحتوى الظاهر للحلم وينبذون المحتوى الكامن والرموز الشخصية والجمعية .

الواقع وعلم نفس الأنا : يعتبر المحللون غير الكلاسيكيين واقع العلاقات بين الأشخاص هاماً بنفس قدر أهمية العلاقات الداخلية ، بل يحتمل أن يكون أكثر أهمية . وهم يهتمون بالعلاقات مع الذات ومع الآخرين ومع المعالج ومع العلاج . وفى إطار علم نفس الأنا ، يزداد الاهتمام بالعمليات الشعورية وبنيان الخلق والقيم مثل الكبرياء الكاذبة والنزعة إلى التحكم فى الآخرين والتنافس والاتجاهات نحو النجاح والفشل والمال والموت . ونتيجة لذلك تتجه أساليب العلاج إلى تقوية الأنا وممارسة قدر من الكبت . ويرجع السبب إلى أن المحللين فى هذا الوقت لا يعالجون

أنواع المرضى الذين كانوا يعانون من الكبت.والذين كان يعالجهم المحللون الأوائل فى أوربا أو فى أمريكا قبل الحرب العالمية الثانية . فالمحللون الأمريكيون اللافرويديون بخاصة يعالجون مرضى لا يصطنعون كبتاً جنسياً أو كبتاً للنزعات العدوانية . وبالنسبة لمعظم هؤلاء المرضى ، هناك حاجة إلى اصطناع قوى كابتة . وهم يواجهون مشكلات الاعتمادية والعدائية والعدوانية والعنف بوصفها وسائل لمواجهة السلطة . وبات من الضرورى تحليل جوانب العدوان بالإضافة إلى جوانب الجنس فى العلاقات . ويتطلب استخدام تقوية الأنا غالباً التخلى عن أريكة العلاج ، وعن الصمت وجمود وجه المحلل والتأمل الباطنى . ونتيجة لذلك ، يقل احتمال النكوص العميق وعصاب الطرح وهما غير مقبولين من اللافرويديين على أسس نظرية وتكنيكية . وبدلاً من السلبية التى تستثيرها أريكة التحليل والتداعى الحر ، يزداد الاهتمام باتجاهات الأنا مثل الإرادة والفعل الشعورى ، كما يهتم آدلر بتشجيع المريض وتدريبه . وفى العلاج التحليلى الجماعى ، يصعب على المريض الإنزواء إلى التخييل ويتطلب الموقف مشاركته وتفاعله مع الآخرين ..

العوامل الارتقائية : يقدر المحللون غير الكلاسيكيين ، مثلهم مثل الفرويديين ، أهمية بيئة الطفل وأزمات العمر ، وهم يدرسون دور البنيان العائلى لفهم الارتقاء الجنسى والاجتماعى للمريض ، كما يهتمون بالدراسة المتعمقة لدور الأم وموقف الرضاعة . والمفتاح لفهم وعلاج الفرد المضطرب انفعالياً هو بيئة الأمومة ، ولذلك يكون من الطبيعى الاهتمام بعلاج العائلة بوصفها جماعة . وبالإضافة إلى الاهتمام بعمليات الأنا ، يزداد الاهتمام ببنيان الخلق عنه بالديناميات وبالتشخيص . ويبدو أن ذلك يرتبط بالتحول المعاصر فى الأسلوب من الماضى والمستقبل للحاضر ، وبذلك فلن تكون هناك حاجة لإعادة بنيان التاريخ التكوينى للفرد . فالكل هو اللحظة واللحظة هى الكل . ويرى اللافرويديون أن استعادة الذكريات الأولى يعطل شفاء المريض . ويحاول المحللون الكلاسيكيون إعادة بناء السنين الست الأولى من الحياة . وهم على العكس من كلاين التى يهمها الفترة قبل اللفظية وقبل الأوديبية ، فإنهم يهتمون بالمراحل المتأخرة من نمو الأنا . ويتطلب التحليل الكلاسيكى تفكيك الأنا وفيه يطلب من المريض أن يحبب لنفسه ، كما أن اللاشعور يتوقف التعبير عنه فى السلوك ، ويصبح معبراً عنه فى كلمات . وهذا الاهتمام باللفظ يتعارض مع موقف اللافرويديين الذين يؤكدون

على النشاط بما فى ذلك الصور غير اللفظية من الاتصال وغيرها من المظاهر . وقد يرتبط ذلك بالعلاقة المبكرة مع الأم والعوامل قبل اللفظية المتضمنة وبخاصة فى المرضى شديدى الاضطراب . أما آدلر فالعلاج عنده هو عملية تعلم تعبأ لها العمليات الفكرية المسئولة عن النمو والتحسن والتغير ، فهو نوع من التدريب الذى لا يهمل الانفعالات ويهتم المحلل فى مدرسة آدلر بالمفاهيم الارتقائية من حيث أن النسق العائلى ، وهو أساس تكوين طراز الحياة ، يعاد بناؤه عن طريق الذكريات . إلّا أن القصد من ذلك هو فهم المريض لمفاهيمه ولأخطائه الأساسية .

ويركز ساليفان على مرحلة ما قبل المراهقة ومرحلة المراهقة . ولذلك فهو يؤكد على أهمية تكوين علاقة مريحة بين المعالج والمريض لمساعدة هذا الأخير على التخلص من القلق فى علاقته مع الآخرين . ومرحلة المراهقة ملائمة لتصحيح أفكاره الشديدة الانطواء على الذات وأخيلته عن ذاته وعن الآخرين . وتشكل الخبرات فى هذه المرحلة محور نمو الاضطرابات العقلية الخطيرة . ولذلك يهتم ساليفان بتتبع هذه المرحلة .

ويؤكد يونج على السنين المتوسطة وما يليها فى مراحل العمر . ويرتبط ذلك بمفهومه عن « البرسونا » وبمفهوم الهوية أى « من أنا ؟ » . و « البرسونا » ارتقائية وتواؤمية على أساس الخبرة الحقيقية . وتتحدد الذات لدى يونج أساساً تحديداً لا شعورياً بفعل العلاقات العميقة مع رموز الإنسانية . أما رانك فإنه يركز على استجابة الشخص لصدمة الولادة ، وهو مفهوم قريب من التأكيد على الأم ، ويرتبط بها قلق الانفصال والخوف من الحياة ومن الموت . وهى مفاهيم طورها الوجوديون . ومشكلة الإرادة هى القضية المحورية فى العلاج فى مدرسة رانك أى الحصول على إرادة المريض وتعاونه فى التعامل مع خوفه . ويساعد المريض على اكتشاف الهدف من وجوده .

البيئة والمجتمع والثقافة : بالنسبة للكثيرين من المحللين اللافرويديين ، تزيد البيئة فى أهميتها فى نشوء عدم التكيف عن أهمية العمليات الداخلية . ويركز العلاج على تحليل العلاقات بين الأشخاص فى محيط القيم الباثولوجية للمجتمع . فمثلاً ، تهتم هورنى بمشكلات الاغتراب والغرض فى الحياة . ويتطلب العلاج فى نظرها

وعى المريض بأن شخصاً ما يهتم به وأن علاقته به علاقة دافئة . ولكنها تهتم أيضاً بنشاط المريض فتحاول تعبئة مصادره نحو الفعل ونحو تغير البيئة وذلك عن طريق رفع مستوى طموحه وانجازاته وبالتالى دعم تقديره لذاته . ويقترب يونج كثيراً من هذا الأسلوب . ويقدر المحلل اللافرويدى أهمية تقليد المريض لسلوك المعالج ، وبالتالى فهو يهتم بقيم المعالج . كما أن لكل من المعالج والمريض مسئوليته فى عملية العلاج . ومن المتوقع أن يفهم المعالج الثقافة والواقع الاجتماعى بالإضافة إلى الحياة الداخلية لمريضه ، كما أنه يعمل على تقصير فترة العلاج . وهو يعى بأن تفسيراته من قبل المريض سوف تتأثر بالثقافة . وهو يتحمل بعامة مسئوليته عن تقدم العلاج ، مما يقلل من سعى المريض لإلقاء اللوم على الآخرين .

وترى هورنى أن علاج المرأة بوصفها رجلاً ناقصاً يزيد من تعقد المشكلات ، وهى مشكلات حضارية وثقافية فى تقديرها أكثر من أن تكون بيولوجية أو سيكودينامية . وفى إطار ما أسمته هورنى « علم النفس النسائى » Feminine Psychology تزداد أهمية الأم عن الأب فى الارتقاء السيكولوجى المبكر . وقد أدت هذه النظرة الشمولية للمرض العقلى من جانب اللافرويديين إلى صياغات تشخيصية جديدة مثل العصاب الاجتماعى ، والتشخيص العائلى والعلاج الجماعى . كما دعمت دور الطب النفسى – الاجتماعى . ولا يستقيم مع هذه الاتجاهات إصرار المهن الطبية الأمريكية على قصر التحليل النفسى على الأطباء (٢٥ ، ص ١٢١٢) .

ولننتقل الآن إلى عرض موجز لاسهامات بعض من سبق الإشارة إلى اسهاماتهم كل على حدة .

آدلر والعلاج النفسى :

يصف تلامذة آدلر (١٨) نظريته فى الشخصية بأنها اجتماعية غائية ، ظواهرية ، كلية وفردية وإنسانية . وهى تقوم على أساس التسليم بأن الشخصية الفردية فريدة ، وأن الإنسان كائن مسئول متسق ذاتياً خلاق وفاعل وحر الاختيار وأنه يستطيع أن يحدد مصيره . والمركب المركزى فى هذه النظرية هو « طراز الحياة » life style ويقصد به نظام من المعتقدات الذاتية يعتنقها الفرد وتشمل

نظرته إلى ذاته وإلى العالم . وتستمد من هذه المعتقدات معتقدات أخرى وطرائق للسلوك وأهداف للشخص . ويسلك الشخص كما لو كانت هذه المعتقدات صحيحة ، وهو يستخدم طراز حياته بوصفه خريطة معرفية يستعين بها فى اكتشاف وفهم البيئة (مهام ومطالب الحياة) وفى إصدار الأحكام المسبقة وفى التنبؤ وفى ضبط هذه البيئة . ونظراً لأن الشخص لا يمكن فهمه فى فراغ ، بل فى مجاله الاجتماعى ، فإن التفاعل بين الفرد ومهام الحياة وخطه فى الحركة لا غنى عنه بقصد الفهم الكامل للفرد .

وترى نظرية آدلر أن « السيكوباثولوجية » و « المرض العقلى » وما شابههما من مسميات ، ليست أكثر من انعكاس للنزعة إلى الخلط بين التسمية والشرح . والفرد « المريض » هو شخص مثبط ، فهو إما أنه لم تتكون لديه أبداً الشجاعة اللازمة لمواجهة مهام الحياة أو أنه قد فقد هذه الشجاعة . وبتأثير توقعاته المتشائمة التى تنبع إلى حد كبير من طراز حياته ، فإنه يخلق « ترتيبات » arrangements وأعذاراً ومحاولات للتجنب وأعراضاً وذلك بقصد حماية تقدير ذاته .

ونظراً لأن صعوبات الشخص تنبع من ادراكات وقيم وأهداف خاطئة ، ومن تعلم خطأ أدت إلى تثبيطه ، فإن العلاج يتكون من محاولات للتعليم أو لإعادة التعليم يتعاون فيها ندان فى هذه المهمة التعليمية . وقد احتفظ العلاج الآدلرى بالكثير من الطرق التحليلية التقليدية ، وذلك بالرغم من أنها تفهم ، وأحياناً تمارس بصورة مختلفة . ومحور العلاج هو تشجيع الفرد بحيث يتعلم الإيمان بذاته والثقة بالآخرين وحبهم . والهدف النهائى المثالى للعلاج النفسى هو إطلاق الاهتمامات الاجتماعية للفرد بحيث يصبح كائناً إنسانياً يشعر بالزمالة للإنسان ويتعاون مع الناس ويسهم فى خلق مجتمع أفضل ويحس بالانتماء إلى عالمه . ويمكن أن يقال عن مثل هذا الشخص بأنه يحقق ذاته . ونظراً لأن العلاج النفسى هو تعلم فإنه يمكن لكل فرد على الأقل أن يتغير .

وقد تزايد فى السنين الأخيرة عدد من يمارسون العلاج باستخدام نظرية آدلر ، وانشئت معاهد لتدريبهم فى الجامعات وفى غيرها ، وانخرط عدد منهم فى البحوث . كما أن الكثيرين يستخدمون مفاهيم آدلر دون أن يعلنوا أنفسهم بأنهم

آدلريون . ويمكن أن نلمس لمحات من نظرية آدلر فى أنصار علم نفس الأنا من الفرويديين وفى المدارس الفرويدية الجديدة وفى النظم الوجودية وفى الحركة الإنسانية فى علم النفس وفى العلاج المتمركز – حول – العميل وفى العلاج العقلانى – الانفعالى وفى العلاج الواقعى .

يونج والعلاج النفسى التحليلى :

يحاول العلاج النفسى التحليلى ليونج تناول النفس الإنسانية (جميع العمليات السيكولوجية الشعورية واللاشعورية) من منظور ظواهرى – وجودى وتشمل النفس : الشعور ومركزه الأنا ، واللاشعور الذى يشمل دائرتين أو مجالين : « اللاشعور الشخصى » (الفردى) وهو المجموع الكلى لكل ما كتب فى حياة الفرد ، و « اللاشعور الجمعى » أو النفس « اللاشخصية » ، أى الكائن النفسى الإنسانى العام البنيوى المبنى من طرز غابرة . وهذه الطرز الغابرة هى مثل الغرائز تنظم أنماط السلوك والانفعال والإدراك . ولا يمكن فهمها مباشرة ولكنها تكون فى متناولنا من خلال تأثيرها على سلوكنا ومشاعرنا أو من خلال تمثيلها فى صور أحلام وأساطير وفولكلور وفن خلاق . وينسب يونج إلى النفس نزعة موروثة نحو الكلية والتفرد أو حالة الوجود التى كان يقصد أن يكون عليها الفرد . ويفترض أن النفس تعمل بطريقة غائية نحو هذا الهدف ، وهى بذلك تعمل بوصفها جهازاً تعويضياً ذاتى التنظيم . ولذلك ، فإن كل النواتج اللاشعورية تفسر بوصفها وسائل توجهنا إلى هذا الهدف . ولا يقتصر الاهتمام على القوى المعوقة فى الماضى ، ولكن أساساً على الامكانيات الخلاقة فى الحاضر . وكل من الأعراض والباثولوجية ليست مجرد نواتج نهائية للصراعات العصابية ولكنها رمزياً تنطوى على الحل للمأزق النفسى . وتشتمل النفس على عناصر عديدة تستحق عناية خاصة . فالذات هى الطراز الغابر للتمركز وهى الأداة التى توجه جميع الوظائف بطريقة كلية . والظل (shadow) هو الضد الملازم أى ذلك الجزء من الشخصية الذى يتباين مع نموذج الأنا . أو هو الجانب الآخر منا ، كل ما لا نرغب أن نكون عليه ، وهو الجانب التعويضى من الأنا الشعورى كما هو الحال فى حالة دكتور جيكل ومستر هايد . وهو يمثل كل الأشياء التى لا تتعرف عليها فى أنفسنا ولكن يكون لدينا نحوها حساسية خاصة بالنسبة للآخرين . وحيث أن

الظل لاشعورى ، فإننا نجده بوصفه اسقاطاً على الآخرين و « البرسونا » هى الطراز الغابر للتواؤم ، وهو الذى يتوسط بين الحياة النفسية الداخلية والعالم الخارجى . ويتعين مثالياً أن يكون مرناً ليواجه مختلف المواقف .

وفى ضوء ما هو معروف من أن الكائن الإنسانى تكمن فيه ثنائية الجنس بيولوجياً وسيكولوجياً ، وأنه فى مراحل الارتقاء يسيطر جانب على الجانب الآخر ، فيسود جانب الذكور فى شعور الذكر وجانب الأنوثة فى شعور الأنثى . ويتواجد الجانبان الجنسيان المتضادان معاً فى اللاشعور . وهكذا ، فإن الذكر يكون لديه جانب لا شعورى أنثوى يسميه يونج « الأنيما » anima بينما يكون لدى الأنثى جانب لاشعورى ذكرى هو الأنيموس animus . ويستعين يونج بتحليل الأحلام للكشف عن الصراع أو التوازن بين الجانبين وما يترتب على ذلك فى الحالين . ويرى يونج أن الليبيدو طاقة نفسية عامة تظهر فى أى شكل بما فى ذلك بواعث الجنس والقوة . وهو يرى أن عقدة أوديب هى واحدة فقط من أنماط ميثولوجية عديدة ، إلّا أنه يراها رمزاً فقط بعكس فرويد الذى يفسرها تفسيراً فعلياً . ولا يعترض يونج على الميكانيزمات وبخاصة الاسقاط والتوحد ولكنه لا يراها دفاعات ضد القلق بل يراها عمليات تحتمها حالة اللاشعور الأولى . ويعطى يونج أهمية للبيئة وللأشراط . كما أنه يعتبر السيكوباثولوجية مرضاً أو انحرافاً عن « السواء » ، ويعتبر الأعراض وسائل لاشعورية للفرد بأن شيئاً ما منحرف وأن هناك مهمة تتطلب التحقيق .

والعلاج النفسى طبقاً لنظرة يونج هو عملية معرفة بالذات وإعادة بناء للشخصية وتربية . ويبدأ العلاج بعامة ببحث شامل فى الحالة الشعورية للمريض ، وذلك لأن الـ.شعور ينظر إليه بوصفه تعويضاً عن الحالة اللاشعورية ومن ثم يتعين التحقق من الشعور أولاً . ويشمل ذلك تاريخ حياة المريض والمؤثرات المختلفة فى حياته وقيمه واتجاهاته وأفكاره . ومن ثم يستطيع المحلل أن يشير إلى التناقضات فى الاستجابات وفى الأنماط السلوكية ومن ثم يتعلم المريض استكشاف الطرق البطيئة والصعبة إلى الحياة الداخلية . ويستعان فى ذلك بالأحلام ومن ثم يجابه المريض لاشعوره ويدرك أنه يتعين عليه التسليم بما لا يمكن

تغييره ، كما يتعلم بعض الأساليب شعورياً بالإضافة إلى قدر من الفن فى صورة إلهام ومشاعر تربط كل شيء معاً . ويتعين تحقيق التوازن بين هذه المكاسب الثلاثة .

ولا يتردد يونج فى أن يناقش مع المريض كل أمور حياته العملية ولكنه يصر على القاعدة الأساسية وهى أن أساس أى تحليل هو الخبرة وأن الفهم الذهنى لا يكفى . فمثلاً ، قد يشجع المحلل العميل على وقف محاولاته للتخلص من الاكتئاب وأن يبقى مع الاكتئاب ويتقبله بوصفه رسالة لاشعورية . والمحلل قد يشارك مريضه فى المشاعر والخبرات وحتى فى الأحلام . والكثير من الأساليب المستخدمة اليوم فى العلاج الجشتالتى وفى التدريب على الحساسية كان يمارسها يونج فى أوائل العشرينات (٣٣ ، ص ١٠١) . ولكن يبقى التفسير هو العمل الأساسى فى عملية التحليل لتحويل اللاشعور إلى شعور ، وذلك من خلال تفسير الأحلام وبعد تبين موقف الواقع والعالم الفنمنولوجى للمريض . ولذلك يحلل الإنتاج الفنى وأحلام اليقظة بنفس الأسلوب ولنفس الغرض . ولكن يونج يختلف مع فرويد فى أنه لا يعتبر الحلم تحريفاً نتيجة الكبت بل ينظر إليه فنمنولوجياً . فالدراما فى الحلم هى رسالة لاشعورية يعبر عنها فى شكل رمزى وهى رسالة لا يتحتم أن تكون مكبوتة أو مخبوءة . ويهتم يونج بتقبل مريضه ومساعدته على إقامة اتصال بعالمه الداخلى . ويقدر يونج أهمية الطرح والطرح المضاد . ويميز بين مستويين منهما : المستوى الشخصى الذى يسقط فيه المريض مشاعره نحو النماذج ذات الدلالة فى حياته على المحلل ؛ والمستوى الذى ينظر فيه إلى المحلل بوصفه المنقذ والعالم والساحر وذلك بتأثير الأنماط الغابرة . وفى الطرح السلبى قد يرى المحلل بوصفه شيطاناً . وكذلك قد يفيد المحلل من الطرح المضاد لارشاده لما يجرى فى جلسة العلاج .

ومن الواضح أن لسيكولوجية يونج تطبيقات فى أمور مثل الدين والفن والدراسات الأنثروبولوجية بخاصة . ويقدر هويتمونت وكوفمان (٣٣ ، ص ١١٦) أن يونج قد أرسى أسساً نظرية وطيدة يمكن تطبيقها فى معظم الحالات ، إلا أن الجانب التقنى فى العلاج النفسى لازال يحتاج فى تقديرهما إلى توجيه قدر كبير من الجهود لاستكماله ، وبخاصة من حيث طرق وأساليب ترجمة

فهم مواد الأحلام والرسم والأخيلة ، بل وفهم طبيعة المشكلة من جانب كل من المعالج والمريض إلى خبرات يمكن أن تسهم فى تغيير السلوك .

فيرنزى والأسلوب النشط Active technique Frenezi : ويقصد بهذا الأسلوب فرض المحلل لموانع ومطالب على المريض بقصد تعبئة مقاوماته ووجداناته . ويشمل تعطيل مبدأ اللذة ، وبالتالى تعريض الأنا لمواجهة ضعفه ودفاعاته اللاعقلانية (٢٥ ، ص ١١٨٥) . ويعتبر فيرنزى تطبيق « قاعدة الامتناع » أسلوباً نشطاً . وهو يستخدم العلاج النشط فقط لمعالجة مقاومة أدت إلى ركود التحليل ، ثم الرجوع إلى التحليل الكلاسيكى بعد التغلب على هذه المقاومة . وهو التحليل الذى يتطلب سلبية من كل من المحلل والمريض . ولكن إذا لم يقم طرح قوى مستمر ، فإن بعض المرضى قد لا يتحمل هذا القدر من الارغام ، وقد يقطع العلاج فى بدايته . ولذلك ، فإنه قد يكون ميزة فى المراحل النهائية من العلاج

وقد اعتقد فيرنزى مثله مثل ولهلم رايك أن المحلل يتعين أن يواجه « أعراض الخلق character symptoms » بدلاً من الأعراض العصابية . والأولى لا تخبر بوصفها غريبة عن الأنا ego-alien ، بل بوصفها حليفاً للأنا فهى تمثل شذوذاً فى أنا المريض وتظهر فى صورة مقاومة . ويدافع أنا المريض عن أعراض خلقه كما يدافع عن نفسه ، بحيث أن محاولة تعديل خلق المريض يستثير دفاعات نرجسية . ولذلك يرى فيرنزى أنـه قد يكون من الضرورى أحياناً لدفع المريض إلى الاعتراف بدفاعات الخلق لديه وخبرتها بوصفها أعراضاً ، أن يلفت انتباهه لها عن طريق فرض مهام غير سارة تعبىء وتبلور مقاوماته بحيث تبدو فى صورة مبالغة لا تخطئها الملاحظة . وهكذا تتفجر سمات الخلق الكامنة والقبشعورية بوصفها معارضة لإرادة الأنا الشعورى . وهكذا تحول نرجسية المريض ضد دفاع الخلق النرجسى . وترغم ايحاءات المحلل المريض على الوعى بالدفعات التى يخفيها عن ذاته والتى تسبب تفعيلها فى التحليل . وعن طريق تحدى المريض أن يضبط هذه الدفعات شعورياً وبخاصة حين تكون دفعات طفلية غير عقلانية ، ينشط المحلل المشاركة الإيجابية من قبل المريض فى العلاج وفى التعلم الذاتى .

وهلم رايك وتحليل الخلق : كان لرايك الفضل فى إحداث تحول جوهرى فى الأسلوب العلاجى يتمثل فى التحول من المادة اللاشعورية الناتجة عن التداعى الحر إلى خلق المريض أى إلى سلوكه « المميز » خلال جلسة التحليل وبخاصة ما يلجأ إليه المريض للدفاع عن ذاته ضد الاستبصار التحليلى والمادة اللاشعورية. وقد أمكن بذلك تطبيق التحليل النفسى على فئات من المرضى لم يكن من الميسور التعامل معها قبل ذلك. ويتعين على المحلل أن يهتدى بمحكات واضحة تحدد له متى يقدم التفسيرات ولماذا؟ وهل يفسر المادة اللاشعورية التى تظهر أم يفسر المقاومة. وفى مواجهة مقاومة المريض للتفسير المباشر للمعانى اللاشعورية للأعراض، فإنه يتعين التحول إلى « تحليل المقاومة » ولكن وجد أيضاً كما وجد فى حالة التفريغ الانفعالى والتنفيس والتفسير المباشر، أنه حتى بعد التغلب على تحليل المقاومة وجعل اللاشعور شعوراً، فإن الأعراض قد تصمد رغم ذلك. وقد تساءل رايك : ما الذى يحدد ما إذا كان رفع المقاومة يؤدى إلى الشفاء؟ وهو يقرر أن تطبيق التحليل النفسى دون نظرية للممارسة يؤدى إلى ما أسماه « الموقف الفوضوى » فى التحليل. وفيه يستمر المريض فى إحضار مادة ويستمر المحلل فى التفسير ولكن دون تقدم. وفى تقدير رايك، فإن هذا الموقف يمكن أن ينتج عن عدد من الأخطاء التكنيكية التالية : (١) التفسير الفطير لمعانى الأعراض. مثل هذا التفسير الذهنى يستخدم لدعم المقاومة ولا يتأثر المريض بالتحليل؛ (٢) التفسير غير النظامى، فيقدم التفسير تالياً للمادة المقدمة لمجرد أن هذه المادة مقدمة ودون اعتبار للفئة التى تنتمى إليها المادة؛ (٣) تفسير المضمون فيسبق تفسير المضمون تفسير المقاومة؛ (٤) مقاومة الطرح الكامن : والمقاومة الكامنة هى اتجاهات المريض التى لم يعبر عنها تعبيراً مباشراً وحالياً. ومن أمثلته الانصياع التام أو عدم وجود مقاومة ظاهرة مثل التشكك والمعاناة والتأخر فى الحضور والصمت وعدم التداعى.

ويقدم رايك القواعد التالية للتفسير النظامى وتحليل المقاومة : (١) انظر إلى المريض دون أفكار مسبقة؛ (٢) تعرف على المقاومة كما تحدث فى الحالة المعينة؛ (٣) تجنب التفسير طالما أن المقاومة لم تتضح بعد ولم يتم التغلب عليها بعد، ومهما كان وضوح ووفرة المادة وقابليتها للتفسير؛ (٤) لا تفسر المضمون إذا كان الأمر يتطلب تفسير المقاومة، ذلك أنه إذا فسر المحلل المعنى قبل التغلب

على المقاومة ، فإن المريض إما أن يقبل التفسير بفعل الطرح أو يرفضه ؛ (٥) لا تفسر المقاومة قبل اكتمالها ؛ (٦) ابدأ من السطح بتفسير أكثر المواد ظهوراً وسطحية . ولكن حتى إذا واجه المحلل مضمونين ظاهرين فى وقت واحد ، مثل الأدب الزائد والمخاوف الجنسية المثلية ، فإن المحلل وبخاصة فى بداية العلاج يتناول جوانب الشكل بدلاً من المضمون وهو فى هذه الحالة الأدب (المقاومة) وليس الجنسية المثلية (وهى الدفعة) .

وقد كانت ملاحظة خلق المريض وسلوكه أمراً ثانوياً بدلاً من أن يكون ظاهرة مركزية فى مجرى التحليل إلى أن نادى رايك بضرورة أن يكون تفسير خلق المريض معادلاً لتفسير الأحلام فى التحليل النفسى الكلاسيكى . وقد أسمى منهجه الجديد « تحليل الخلق » character analysis ويعبر عن خلق المريض فى النمط الكلى للسلوك وأسلوب الكلام والتعبيرات الوجهية والملبس وحركات الجسم واليدين والاتجاهات ، إلخ . ويحتل الشكل بدلاً من مضمون السلوك أهمية أكبر من تحليل الخلق . وتظل مقاومة الخلق على ما هى عليه لدى أى مريض معين خلال العلاج ، بصرف النظر عن المادة المقدمة . كما أن خلق المريض يلعب فى العلاج نفس الدور الذى يلعبه فى الحياة العادية ، أى الميكانيزم الدفاعى والذى يمثل النمط المميز فى تكيف المريض للحياة . ويسمى رايك تسلح المريض بخلقه ضد العالم الخارجى وضد بواعثه الداخلية « الدفاع النرجسى » narcissistic defense ويتسم دفاع الأنا (مقاومة الخلق) لدى المريض المعين بشكل مميز يتفق مع خلقه وشخصيته . ويرجع الفضل إلى رايك فى الاهتمام فى الممارسة الحديثة للتحليل النفسى بتحليل المقاومة والخلق وليس فقط بتفسير الدفعات اللاشعورية أو المضمون . ولكن لازال هدف أسلوب تحليل الخلق هو اختزال التفعيل إلى تذكر عن طريق مواصلة تحليل مقاومة الخلق والتى تؤدى تلقائياً إلى تذكر المواد الطفلية .

المنهج المرن والعلاج النفسى التحليلى :

تغير استخدام أسلوب التحليل النفسى على مر السنين استجابة للمطالب الملحة للموقف الاكلينيكى من حيث الاستراتيجيات والتصورات العلاجية . فقد تحول الاهتمام من تفسير الدفعات اللاشعورية إلى تفسير المقاومات ، ومن السلبية

إلى النشاط ، ومن قصر التعامل على التداعيات الحرة إلى فحص السلوك الكلى للمريض (الخلق) . وقد تزعم ألكساندر وفرنش وزملاؤهما فى معهد شيكاغو للتحليل النفسى الجهود الرامية إلى إعطاء المرونة الكافية فى تطبيق أسلوب التحليل النفسى فى العلاج لمواجهة المطالب المتغيرة للعدد الكبير المتنوع من المرضى العصابيين بأسلوب اقتصادى وفعال ، وذلك على أساس « خطة علاجية » مبنية على تشخيص لحالة المريض ومشكلاته ، وذلك بعكس الأسلوب التقليدى الذى يترك العلاج يأخذ مجراه حسب المادة التى يقدمها المريض . وإذا كان العلاج النفسى فى أوسع معانيه يشمل كل الإجراءات التى تستخدم الطرق السيكولوجية للتأثير فى السلوك فى وجهة علاجية ، فإن العلاج النفسى التحليلى هو علاج نفسى يقوم على أساس فهم تحليلى . ويعتبر التحليل النفسى أنقى صور العلاج التحليلى فهو يقف على أحد طرفى متصل ، بينما قد يكون فى الطرف الآخر علاج يشتمل على جلسة واحدة يقدم فيها المعالج بعض العون للمريض . وتتطلب كل هذه الصور كل المهارات الضرورية ، ومنها مثلاً التحليل النفسى المختصر والذى قد يكون أكثر صعوبة لما يفرضه من قيود . ويطلق مصطلح « العلاج النفسى التحليلى » غالباً على نوع تخصصى إلى حد بعيد من العلاج النفسى مفتوح النهاية . ويهدف إلى غايات مثل الاستبصار ، ومواصلة النضج وتغيير الخلق باستخدام الطريقة التحليلية فى مقابلات وجهاً – لوجه وعلى فترات أكثر تباعداً عما هو عليه فى التحليل . ويتعين لفاعلية العلاج النفسى التحليلى أن يكون المريض أيضاً قابلاً للتحليل ، إلّا أنه لا يستطيع التحليل الكامل الكلاسيكى إما لأسباب خارجية صادقة أو لمقاومة سيكولوجية داخلية . وقد يكون العلاج النفسى التحليلى ضرورياً لمثل هؤلاء المرضى لإنقاص المقاومة وتمهيداً للانتقال إلى التحليل الكلاسيكى . ولكن استخدام الصور غير التحليلية من العلاج النفسى ليس اختياراً ثانياً فى الحالات غير القابلة للتحليل وهى تشكل معظم الحالات فى تقدير ستيوارت (٢٧ ، ص ١٣٥٣) وهى صور من العلاج تتطلب أيضاً مهارات وفهماً عميقاً من المعالج .

الفروق الرئيسية بين التحليل النفسى والعلاج النفسى التحليلى : فى الأول يوجه المحلل انتباه المريض أساساً إلى الأحداث فى عملية التحليل نفسها وإلى الأحداث النفسية الداخلية أى نحو محور المريض – المعالج ، بينما يوجه انتباه المريض

فى العلاج التحليلى إلى المواقف والأحداث خارج نطاق العلاج أى بعيداً عن محور المريض – المعالج . ومن هذه الفروق أيضاً أن العلاج النفسى التحليلى لا يتنافى مع استخدام الأدوية المناسبة ، بل إنها قد تكون مطلوبة فى بعض الحالات . وكذلك لا يستبعد استخدام الصدمات الكهربائية أو غيرها من الطرق البدنية . وكذلك الاستعانة بمختلف مصادر الفهم مقابل التأكيد على فهم المصادر التكوينية فى التحليل النفسى (٢٧ ، ص ١٣٥٦) ، وكذلك يندر استخدام الأريكة فى العلاج النفسى التحليلى . ونظراً للتأكيد على الأنماط الدينامية المعاصرة ، فإن احتمالات الاستجابات الطرحية للمعالج لا يغلب أن تكون بنفس القدر من الشدة كما هى فى التحليل النفسى . ويتعين على المعالج فى العلاج النفسى التحليلى بعكس ما يحدث فى التحليل النفسى ، ألا يشجع المريض على النكوص العلاجى من خلال التركيز على الطرح طالما أن المريض يتعاون فى العمل على حل المشكلات التى يعرضها فى الجلسة العلاجية وطالما أن هناك تحالفاً علاجياً . ورغم ذلك ، فإن اتجاهات الطرح واستجاباته للمعالج ، قد تنشأ من وقت لآخر ويمكن استثمارها إيجابياً . فالطرح التلقائى فى الموقف العلاجى قد يقدم إشارات قيمة عن سلوك المرض خارج جلسة العلاج وأحياناً عن طفولته ، كما أنه يرشد المعالج إلى ما هو بؤرى لدى المريض فى وقت معين داخل أو خارج العلاقة العلاجية . وإذا كان تحليل علاقة الطرح هو بؤرة التحليل ، فإن البؤرة المركزية فى العلاج التحليلى هى تحليل مشكلات العميل مع الأشخاص الآخرين ومشكلاته الداخلية . ويصبح تحليل الطرح على المعالج أمراً هامشياً . فإذا نشأ موقف فى العلاج يصبح معه من الضرورى تفسير طرح نحو المعالج ، فإن التفسير يكون بعيداً عن العلاقة بينه وبين المريض كأن يقول المعالج مثلاً : « الآن يمكن أن نفهم فهماً أحسن ما الذى تفعله مع رئيسك (أو زوجتك أو شخص آخر) لأننا رأيناه هنا فى العلاج » ؟ ، وهو تفسير يمكن أن يكون له قيمته . ومن خلال التركيز بعيداً عن محور المريض – المعالج ، يمكن الإقلال من إمكانية قيام عصاب طرح يصعب ضبطه أو التعرف عليه . وقد يتدخل المعالج أحياناً لينظم حياته عن طريق وضع قيود مناسبة أو الإصرار على حصول المريض على علاج طبى لا يسعى هو إليه تلقائياً بسبب مشكلاته العصابية . إلّا أن المعالج لا ينظر إلى تدخله فى حياة المريض الواقعية بوصفه بؤرة أساسية فى عمله مع مريضه .

ويرى ألكساندر أن عقد جلسات يومية قد يشبع أحياناً حاجات المريض الاعتمادية بقدر أكبر مما هو مرغوب فيه . ومن الممكن فى مثل هذه الحالات تحقيق الاستبصار الانفعالى والتحرر من القلق بعدد أقل من الجلسات ، ذلك أن تكرار الجلسات إلى أكثر من الحد المناسب قد يحرم المريض من الوعى بحاجاته الاعتمادية ، وقد يبصره الإقلال من تواتر الجلسات باعتماده على العلاج ومن ثم فقد يعبىء الشعور بالإحباط مقاومته ضد الاعتمادية الزائدة . ويرى ألكساندر أن الجلسات المتكررة قد تكون مطلوبة فى حالات « ضعف الأنا » وهى الحالات التى يتعين أن يتم فيها التفريغ الانفعالى وما يصاحبه من استبصار فى جرعات متدرجة صغيرة فى جلسات تكاد تكون يومية وإلى فترات طويلة . ولكن فى حالات المرضى ممن يتسمون بقوة الأنا ، فإنهم قد يتحملون جلسات أشد استثارة للانفعال دون خوف من النكوص . ولذلك ، فإنه يمكن أن تكون الجلسات أقل تواتراً . وكذلك قد يكون من المفيد وقف العلاج لفترات طويلة أو قصيرة لكى تسمح للمريض بأن يواجه البدائل الأفضل على أساس من الوعى الشعورى واختبار الواقع وتكثيف المكاسب العلاجية والاستبصارات وجرد المشكلات الباقية عن طريق الخبرة المباشرة .

أنواع التحليل النفسى : يمكن النظر إلى العلاج بوصفه متصلاً أحد طرفيه يتمثل فى التحليل النفسى الكلاسيكى بينما يتمثل الطرف الآخر فى العلاج التعضيدى وربما المنع أو فرض القيود أحياناً . وبين هذين الطرفين تقع أنواع مثل العلاج الاستبصارى . وسوف نناقش باختصار بعض هذه الأنواع .

العلاج الاستبصارى **Insight Therapy** : يستخدم هذا المصطلح أحياناً للإشارة إلى أنواع من العلاج تتبع مناهج غير منهج التحليل النفسى . ولكن المصطلح يستخدم فى السياق الحالى لوصف علاج نفسى يستند إلى فهم تحليلى . والاستبصار فى العلاج النفسى يمكن أن يكون أساساً لخطوات هامة متقدمة . ولكن استبصار المريض لا يعادل العلاج النفسى . والطبيعة الدقيقة للاستبصار ليست مفهومة بعد فهماً كاملاً . ويستخدم لوصف الاستبصار مصطلحان : « انفعالى » و « ذهنى » intell ectual وقد يتكون إدراك جديد وتسجيل لفقرة ذات مضمون سيكولوجى فى القبشعور بوصفه جزءاً من خبرة الاستماع إلى

تفسير . وقد يتم التسجيل فى اللاشعور ، إلّا أن التسجيل لا ينتج عنه إلغاء الكبت . ويؤدى هذا التأثير المحدود إلى استبصار ذهنى . إلّا أنه فى حالات أخرى ، قد يؤدى توقيت التفسير ودقته إلى إطلاق قدر من الوجدان وإنتاج مواد جديدة هامة وشعور مفاجىء بالاعتراف بالتفسير . ويؤدى كل ذلك إلى استبصار انفعالى يقوم على أساس خبرة انفعالية ممتزجة بعوامل معرفية . والمهم هنا هو كسب استبصارات جديدة بالديناميات الحالية لمشاعر المريض واستجاباته وسلوكه أساساً فى علاقاته مع الآخرين ، وبقدر أقل كسب البصر باستجاباته للمعالج واستجاباته فى الطفولة . وقد يكون الاستبصار ذهنياً أو انفعالياً والأخير يكون غالباً أكبر أثراً من الأول ولكن لا يجب التقليل من أهمية الاستبصار الذهنى . وكثيراً ما يؤدى تجمع الاستبصارات الذهنية إلى وضع الأساس للاستبصار الانفعالى أو الحقيقى .

والعلاج الاستبصارى هو العلاج المفضل فى الحالات التى يتوفر لها قدر مناسب من قوة الأنا للاستعانة به فى حل المشاكل . ولكنها لا تصلح لسبب أو لآخر للتحليل . ومن ذلك مثلاً حالة طالب جامعى يواجه صعوبات فى دراسته وفى علاقاته مع أفراد الجنس الآخر . فقد يفهم المعالج تشخيصياً أن الطالب لازال يعانى من صراعات طفلية تشكل استجاباته حالياً . وقد يشخص حالته أيضاً بأنها « أزمة ارتقائية » تتضمن الانتقال من المراهقة إلى الرشد . ويأخذ المعالج فى اعتباره احتمال أن مشكلات الطالب سوف تحل نفسها تلقائياً ، على الأقل فى جزئها الارتقائى . إلّا أنه يقدر فى نفس الوقت أنه قد ينزلق إلى اضطرابات أعمق بفعل الصراعات اللاشعورية التى ظلت نشطة منذ طفولته . وقد يقدر المعالج الحاجة إلى التحليل النفسى ، إلّا أن الطالب لن يبقى بعد تخرجه فى نفس المدينة أو أنه سوف يغادرها إذا فشل فى الدراسة ، ولذلك فإنه يستبعد التحليل النفسى ، ويحبذ بدلاً من ذلك العلاج النفسى التحليلى مع التأكيد على إكساب المريض الاستبصار بالصور المعاصرة لأنماط دينامية قديمة وتأثيرها فى حياته والبدائل المتاحة للحل . ولا تتوقف فعالية الاستبصار عليه وحده . فمثلاً ، فى الحالة السابقة قد تتوقف الاستجابة العلاجية للطالب على عوامل أخرى منها مثلاً : التنفيس عن المشاعر فى مناخ متحرر من إصدار الأحكام رغم تحديد بنيته ؛ وعلى تواجد المريض مع

المعالج . ويمكن أن تكون علاقته مع نموذج أكبر سناً ذا أهمية بالغة فى مساعدته على النضج من المراهقة إلى الرشد ، فيتحرر تدريجياً من كف غير واقعى . وتنشأ لديه ضوابط داخلية على سلوكه الاندفاعى : وثقة أكبر فى قدرته على الاستجابة لدفعاته وللأشخاص الآخرين بطرق أكثر قبولاً من جانبه وممن يريد أن يعيش معهم . ولا يتحتم أن يتقبل المعالج دون تمييز كل ما يقوله المريض ، وهو يسعى لقيم بعيدة وقيم قريبة ويستعين بمبدأى اللذة والواقعية . وهو أحياناً يتدخل لمساندة أنا ضعيف عن طريق تقديم توقعات واقعية بأن المريض سوف يحاول جاداً تحقيق توافق أحسن أو قد يقيم حدوداً للسلوك اللاتوافقى للمريض . ويسترشد المعالج فى ذلك بتقويمه الدينامى للموقف المتضمن فى هذه الحالة أنا ضعيفاً ، بدلاً من أن يسترشد باستجابات الطرح المضاد لديه .

الخبرة الانفعالية التصحيحية : ينظر التحليل النفسى الكلاسيكى إلى الطرح على أنه مجرد تكرار لصراع قديم . إلّا أن ألكساندر يلفت النظر إلى فرق هام بين موقف الصراع الأصلى والصراع الحالى ، وذلك لوجود معالج يختلف سلوكه عن سلوك الشخص الذى كان يحتل مركز السلطة فى الماضى . ويقدم ذلك الموقف للمريض فرصة لمواجهة الموقف الانفعالى القديم فى ظروف أكثر مواتاة والتعامل معه بصورة أكثر نجاحاً وفعالية ، وذلك لأن الصراع فى موقف الطرح يكون أقل حدة عن الصراع الأصلى ولأن المحلل يستجيب بطريقة مختلفة . ومن المهم جداً فى العلاج مساعدة المريض على التمييز بين استجابات الطرح والاستجابات العادية ، وذلك لكى يكتسب طرقاً جديدة للاستجابة تتفق بقدر أكبر مع الموقف الحالى . ويسمى فرنش هذا الجزء من العلاج « اختبار الواقع » فى المجال العلاجى . وحين يستجيب المريض فى غضب لتفسير مزعج يقدمه المحلل ، فإن ذلك الغضب ليس دائماً مجرد استجابة طرح أو سوء فهم للموقف الحاضر بوصفه تكراراً لذكرى من الماضى . بل إن غضب المريض هو استجابة مباشرة للمعالج بوصفه تهديداً حقيقياً وحالياً لشعور المريض براحة البال . ومن الواضح أن مثل هذه الاستجابة تمثل مظهراً لمقاومة المريض ولكن لا يجب النظر إليها على أنها لعصاب الطرح . وفى تقدير فرنش فإن المحلل يجب أن يعامل المريض بوصفه شخصاً عادياً عقلانياً إلى أن يثبت المريض عن طريق سلوكه عكس ذلك . والمحلل لا يركز جهوده على إعادة تركيب التاريخ الماضى للمريض وعصابه الطفلى

بل يتعين عليه أن يركز اهتمامه على مساعدة العميل على مواصلة مواجهته للبدائل الأفضل على أساس وعى شعورى . وتبعاً لذلك ، تكون سياسة المحلل تقوية وظيفة اختبار الواقع لدى الأنا عن طريق تركيز انتباه المريض على مشكلات الحاضر الواقعية والتحول إلى الماضى فقط بقصد إلقاء الضوء على دوافع الاستجابات اللاعقلانية فى الحاضر . وقد أسهم التقدم فى سيكولوجية الأنا فى تحقيق تقدم فى الأسلوب وفى ضبط توقيت التفسير .

وفى ضوء ما سبق ، يتعين أن تختلف اتجاهات المعالج واستجاباته للمريض ولأفكاره ودفعاته عن اتجاهات واستجابات النماذج الهامة فى طفولة المريض ، فهى أكثر ملاءمة ونضجاً وواقعية وفائدة . وفى ضوء معرفة المعالج باتجاهات النماذج الوالدية للمريض فقد يناقش معه أحياناً الفروق بين اتجاهاته واتجاهاتهم بحيث يرى المريض أنه عمم من اتجاهات والديه ومن استجاباته هو نحوهما بحيث أصبحت استجابات آلية لكل النماذج الوالدية أو الأكبر سناً . وقد يرى المعالج فائدة فى فرض قيود واقعية تختلف عن التساهل الزائد من قبل الوالدين بحيث يشكل ذلك خبرات انفعالية تصحيحية للمريض واستبصاراً بأنماط استجاباته الآلية للنماذج الهامة فى حياته . وحتى إذا كان الوالدن نموذجين ، فإن أخيلة الأطفال نحوهما تحمل عادة إمكانيات وأصول الباثولوجية . وقد اكتشف فرويد أن المرضى الهستريين الذين عالجهم نادراً ما كانت لهم علاقات محرمة بوالديهم ، فقد كانت هذه أخيلة شعورية أو لاشعورية لها أهمية بالغة فى تكوين الأعصبة . ويمكن للمعالج التركيز على تأثير هذه الأخيلة عن النماذج الوالدية فى الطفولة ، وأنه يمكن للمريض الآن بوصفه راشداً التمييز بين الخيال والواقع . وهو حين يرى أن عدائيته لم تواجه بعدائية مضادة ، فقد يدرك أن دفعاته العدائية ليست بهذا القدر من الخطورة وأن الوالدين أو النماذج الوالدية ليست معادية كما تخيل . وهناك نزعة غالبة بين المعالجين للمبالغة فى قيمة الاستبصار الانفعالى وذلك بتأثير مفاهيم الطرح غالباً ، إلّا أن الاستبصار الذهنى يمكن أن يكون كافياً إلى أن يتحقق قدر من التوازن بين المريض وبيئته . وقد يتعلم المريض الكثير من المعالج لتجنب المشكلات التى خلقها أو التى يواجهها دون معرفة بجذورها . ويصدق ذلك بخاصة فى الفترات الانتقالية مثلاً من المراهقة إلى الرشد . ورغم كل الحذر من قبل المعالج ،

فقد يواجه مشكلة طرح تلقائى قوى عليه من جانب المريض يمكن أن يهدد تقدم العلاج . والقاعدة فى مثل هذه المواقف هى مناقشة الطرح فقط حين يبدو أن الاستجابات الطرحية تعوق المريض عن الاستمرار فى المناقشة المفتوحة لخبراته ومشاعره ومشكلاته (٢٧ ، ص ١٣٥٩) .

العلاج التعضيدى Supportive Psychotherapy : كثيراً ما يستخدم هذا المصطلح كما لو كان عنواناً لمدرسة متميزة فى العلاج النفسى . ولكن الحقيقة أن كل المدارس تستعين بالاستبصار والتعضيد والعلاقات ولكن بدرجات متفاوتة والهدف من التعضيد محدود ، فهو يقدم مساندة من نموذج للسلطة فى فترة مرض أو اضطراب ، وذلك بقصد مساعدة المريض على استعادة أو تقوية دفاعاته وقدراته التكاملية التى ربما أصابها خلل . وهى تقدم فترة من التقبل والاعتمادية للمريض يكون فى حاجة إليها للتخفف من شعوره بالذنب أو العار أو القلق أو فى مواجهة الاحباطات أو الضغوط الخارجية التى عجز عن مواجهتها . ويصلح هذا النوع من العلاج فى حالات الأفراد الناضجين نسبياً والذين يعانون من أعراض محدودة أساسها ضغوط بيئية قاسية ؛ والأشخاص الذين حققوا توافقا طيبا ولكنهم يمرون بفترة مؤقتة من الضغوط والاضطراب أو الإغراء أو عدم القدرة على اتخاذ القرارات ، والأشخاص المسئولين الذين كانوا يقدمون العون للآخرين ولكنهم يحتاجون الآن لتقديم العون لهم ، وأخيرا الأشخاص الذين يقاومون بشدة العلاج الاستبصارى أو التعبيرى ، ومن يشتد بهم المرض لدرجة تعجزهم عن التعبير ، ومن ينقصهم الدافع إلى تغيير أساسى فى توافقهم ، ولكن يهمهم فقط استعادة توافق مريح سابق .

ويستخدم العلاج التعضيدى أساليب منها : القيادة القوية الصدوقة الدافئة ؛ إشباع الحاجات الاعتمادية إذا كان يمكن تحقيق ذلك دون استثارة شعور بالعار ؛ التأييد لتحقيق استقلالية مشروعة ؛ المساعدة فى تنمية هوايات وإعلاءات غير مدمرة وباعثة على السرور ؛ الراحة ؛ إزالة الضغوط الخارجية إذا كان أمراً مفيداً ، الالحاق بالمستشفى إذا كان ذلك ضرورياً ، العلاج الطبى الذى قد يخفف من الأعراض والارشاد والنصح فى المشكلات المعاصرة ؛ وغيرها من الأساليب التى تشعر المريض بالأمن والقبول والحماية والتشجيع ، وتقلل من قلقه ووحدته . ولكن من مخاطرها أنها قد تشجع النكوص والاعتمادية . ويتعين أن يخطط المعالج

منذ البداية للوصول بالمريض إلى الاستقلالية . ولكن بعض المرضى يظلون محتاجين إلى التعضيد والمساندة لفترات غير محدودة . وفى العلاج التعضيدى ، فإن التعبير اللفظى عن الانفعالات القوية يؤدى إلى التخفف من التوتر الداخلى والقلق . وقد تؤدى المناقشة التالية إلى الاستبصار والموضوعية فى تقويم المشكلة الحاضرة وقد يقلل البعض من شأن هذا النوع من العلاج ، إلّا أنه إذا أحسن استخدامه كانت قيمته كبيرة .

العلاج عن طريق العلاقة Relationship Therapy : يقع هذا النوع من العلاج فى موقع على المتصل بين العلاج التعضيدى والأساليب التعبيرية التى تميز التحليل النفسى والأنواع الأخرى من العلاج الاستبصارى . ويهدف هذا العلاج إلى استعادة التوافق للمريض وإلى تغيير أنماط الشخصية وإنقاص التأثر بالضغوط الخارجية . ويتضمن هذا العلاج قدراً كبيراً من التعضيد والمساندة مع أبعاد أعمق . وهو نوع من الاتصال الطويل المدى بين المريض والمعالج ، يستطيع فيه المعالج الاحتفاظ بمنهج علاجى مثمر ، كما يستطيع المريض الاستجابة بطرق مختلفة تتضمن اتصالات وخبرات جديدة ، ومشاعر يحس من خلالها العميل بأنه شخص مقبول له قيمته ، أو يمكن أن يكون كذلك ، ولا يواجه الرفض والتأنيب بسبب تحريفاته الدفاعية ، كما يجد فرصة للتوحد مع بعض الانجازات الناجحة والتوافقات الفعالة للمعالج والتى يقدر أنها تستجيب لحاجاته ، وينتج عنها خبرات انفعالية تصحيحية ذاتية ، بفعل عدم تقديم الاستجابات العصابية التى يتوقعها المريض من قبل المعالج . ورغم أن المعالج تهمه ديناميات مشكلات المريض ، إلّا أنه أكثر اهتماماً بدعم علاقة علاجية طيبة يقوم فيها بدور نموذج والدى جيد يقدم العون والمساعدة فى اتساق . ولا يعنى ذلك أن المعالج يعامل المريض كما لو كان طفلاً يربيه ، ولكن العلاقة تهيىء للمعالج فرصاً عديدة للسلوك بأسلوب يختلف عن الأجزاء التدميرية أو غير المفيدة فى سلوك والدى المريض ، وذلك لمعادلة أو لعكس تأثيراتهما الضارة سواء كان سلوك الوالدين من النوع الاستبدادى المفرط أو من النوع اللين المفرط فى اللين . ولذلك تصلح هذه الطريقة للمرضى الذين يواجهون أزمة ارتقائية فى أية مرحلة عمرية . وهى تصلح أيضاً فى الحالات التى يكون فيها المريض مقاوماً بشدة للعلاج التعبيرى أو يكون مريضاً إلى الحد الذى

يمنعه من التعبير . فإذا ما مزجت العلاقة بالقدر المناسب من العلاج الاستبصارى يمكن أن تكون ذا فائدة كبيرة وفى نطاق خبرات الكثيرين من المعالجين .

العلاج النفسى المختصر : أنواع العلاج السابقة من النوع المفتوح الذى قد يمتد إلى عدد من السنين وتكون تكلفته عالية . ولذلك نشأ نوع من العلاج يتميز بتحديد فترته أو تحديد أهدافه هو العلاج المختصر brief psychotherapy . وهو يركز بعامة على المشكلات الحالية ، ويندر أن يعالج قضايا الطرح إلا إذا كان سلبياً ، كما يندر أن يعالج مشكلات الخلق . وفى هذا العلاج لا تشجع الاعتمادية ولا يشجع النكوص . ويقوم المعالج عادة بدور أكثر إيجابية فى تحديد بؤر المقابلات . وتتنوع إلى حد كبير صور العلاج المختصر ، ولكنها كلها تسعى إلى اختصار الوقت . فقد يتجنب بعضها الطرح بينما يحاول البعض الآخر استثارة القلق حول مشاعر الطرح . والبعض يخطط له مسبقاً ، بينما يجرى البعض الآخر تلقائياً . ويعالج البعض مشكلات حادة دون تعديل فى الخلق ، بينما يرى البعض الآخر فى التقدم الارتقائى نتيجة للعلاج . ويرى معظم المعالجين أن المرضى الصالحين للعلاج المختصر يتعين أن يكونوا من المتوافقين ولكنهم يمرون بأزمة مؤقتة ، بينما يرى البعض الآخر أنه طالما أن المعالج والمريض يمكنهما التفاعل ، فإن مدى عمق العلاج لا يشكل اعتباراً هاماً .

ومن أنواع العلاج المختصر ذلك الذى أعده ماكلويد وتينين (فى ٢٧ ، ص ١٣٦١) فى إحدى العيادات السيكياترية الكبرى فى الولايات المتحدة الأمريكية ، حين كشفت الاحصائيات عن أن متوسط عدد زيارات المرضى للعيادة أقل من سبع مزات مما يشير إلى أن هناك قطاعاً كبيراً من المرضى لا يحتاج إلى علاج طويل المدى . ويتسم النموذج بالخصائص التالية :

(١) الصياغة المبكرة للصعوبات التى يعانى منها المريض ودون حاجة إلى إجراء مقابلات عديدة لدراسة المريض مع الحرص على تشخيص دقيق بقدر ما تسمح به الظروف ؛ (٢) تركيز العلاج على الضغط الذى استثار المريض وعلى اختيار مبكر لبؤرة المناقشة ؛ (٣) تجنب تفسيرات الطرح وبخاصة أن المريض لا يحضر لأن له مشكلات مع المعالج ، وهكذا يتركز العلاج على الحاضر فى الزمان والمكان ؛ (٤) الاعتراف بأهمية البيئة وباستخدامها ؛ (٥) المرونة فى

الجدولة ؛ (٦) اعتبار قضايا إنهاء العلاقة العلاجية منذ البداية ؛ (٧) مشكلات الطرح المضاد تعالج فى المؤتمرات الاكلينيكية ، ويكيف العلاج بصورة محددة قاطعة يستجاب فيها لحاجات المريض .

وقد صممت الخطة لينتهى العلاج فى ست جلسات ، ولم يتطلب أكثر من ذلك غير عدد قليل من المرضى . وتمثلت الصعوبات فى اختيار المرضى الصالحين لهذا النوع من العلاج وفى ميشكلات الطرح المضاد الناشئة عن عجز المعالج عن أن يحدد بؤرة واحدة وتجاهله لبؤر أخرى رغم أهميتها وإغراءات استخدام التفسيرات المرتبطة بالطرح . ولكنه طالما أن المريض لديه قوة أنا مناسبة ويواجه مشكلات حادة ، فإن هذا البرنامج قد حقق أهدافه .

وهناك نماذج أخرى للعلاج المختصر منها نموذج شيلا وهافتر وجراى ؛ ونموذج ميكائيل بالينت ، إلخ . وهى كلها تشترك فى اختيار المعالج منذ البداية لبؤرة العلاج وتجاهل كل ما لا يترابط بهذه البؤرة . ومن المعروف أن العلاج لا يبدأ بعد التشخيص ، بل إن العملية العلاجية تعبأ حتى قبل أن يتصل المريض بالمعالج ، فالمريض يكون غالباً دائم التفكير فى مشكلته وأسبابها المحتملة . وقد تفيد جلسة واحدة لتأكيد فروض المريض أو لتمكينه من مواصلة العلاج الذاتى . ويتعين كذلك إدماج « الشفاء التلقائى » ضمن العلاج المختصر . وقد حدث أن سيدة متدينة أصيبت بهستيريا الأفونيا (فقدان القدرة على الكلام) بعد هرب ابنها لممارسة القمار . وقد فشلت جهود الأطباء لمدة ستة شهور إلى أن أشار عليها رئيس فريق المنشدين الكنسيين بأن ترفع صوتها فى تسبيح الله وقد كان أن شفيت .

أنواع أخرى من العلاج المتأثر بالفهم التحليلى :

وهى أساليب تستخدم فهماً دينامياً تحليلياً لمشكلات المريض وشخصيته ، ولكن التعبير اللفظى ومناقشة الصراع ليسا من أساليبها الأولية . فهى تقع فى منطقة وسط بين العلاج النفسى (الحديث الشافى) من جانب وأساليب علاجية غير معينة : بيئية وسيكولوجية من جانب آخر.. وغالباً ما يكون دور هذه

الأساليب هو تيسير العلاج النفسى ولكنها أحياناً تكون مركز الخطة العلاجية . وسوف نناقش نوعين فقط منها هما :

التحكم فى البيئة : أحياناً يكون الأمل الأكبر فى العلاج الناجح هو نقل الفرد من بيئته الضاغطة أو إحداث تغييرات فيها بحيث تصبح أقل ضغطاً وبخاصة إذا كانت حالة المريض سوف تتدهور إن لم تزل هذه الضغوط . وتشمل هذه الإجراءات الاتصال بعائلة المريض أو التوصية بأجازة له أو وضع طفل فى منزل بديل . ويمكن للمعالج الاتصال بالعائلة أو بصاحب العمل إذا قدر أن الموقف من الخطورة بحيث يهدد علاقة مريضه بالعائلة ، وذلك لمساعدتها على فهم الأزمة التى يتعرض لها المريض وتقديم النصح فيما يتعلق بمساعدته . ولكن ذلك يتعين أن يتم بعلم المريض وموافقته إلّا فى الحالات الطارئة القصوى . وقد يحاول أفراد العائلة الاتصال بالمعالج لاخباره بما يعتقدون أن المريض لن يتحدث عنه معه أو لمعرفة ما يدور فى الجلسات . وكثيراً ما يطلبون من المعالج عدم ذكر هذا الاتصال للمريض . ولكن المعالج يتعين أن يصر دائماً أن ذلك الأمر سوف يناقش مع المريض . ومن المهم ألّا يقوم المعالج بدور محامى المريض أو محامى العائلة لأن ذلك يهدد التحالف العلاجى . أما النصح بأخذ أجازة من العمل ، فإنه يتطلب دراسة مسبقة ، إذ أن المريض ربما يجد فى العمل المرهق ميكانيزما للتخفف من الذنب عن طريق المعاناة . وقد تهدد الأجازة التوازن الدينامى السيكولوجى الذى يحققه عن طريق إرهاق نفسه فى العمل . وقد تكون نتيجة أجازة اكتئاب أو نكوص شديدين . والأكثر فائدة هو دراسة أسباب الالتجاء إلى هذا الميكانيزم . ويوصى المعالج بإلحاق المريض بمستشفى حين يظهر هذا الأخير دليلاً لا تخطئه العين بأن أسلوب تعامله مع بيئته قد أصابه الخلل إلى الحد الذى قد يكون فيه مصدر خطر على نفسه وعلى الآخرين . ويشمل الخطر هنا : الانتحار أو القتل أو تفعيل مريض الهوس أو مدمن المخدرات أو الانزواء الخطر على حياة المريض الكتاتونى . وقد يكون ذلك هو الحل الوحيد لتحقيق فعالية العلاج ، ولكن المريض قد ينظر إليه بوصفه هزيمة وأنه تهديد لفرصه فى الشفاء . وكذلك يوصى المعالج بإلحاق طفل بمنزل بديل حين لا تتاح للطفل فرصة لتوحدات سوية فى البيئة المنزلية وحين تقل احتمالات تحسين البيئة المنزلية مستقبلاً . وهى مخاطرة كبيرة قد يصعب أحياناً التنبؤ بنتائجها .

علاجات النشاط activity therapies : وفيها يحل التعبير عن طريق الفعل محل التعبير اللفظى بقصد التخفف من التوتر السيكولوجى . وتشمل هذه العلاجات : العلاج المهنى والترفيهى والصناعى والرقص والموسيقى . وتستخدم غالباً فى المستشفيات ويندر أن تستخدم فى العيادات الخارجية رغم حث المعالج أحياناً لمريضه على ممارسة هواية أو رياضة . ويفترض فى العلاج المهنى أن بعض الأنشطة لها تأثير علاجى أكثر من غيرها بالنسبة لمشكلات معينة . فمثلاً ، لوحظ أن المرضى الاكتئابيين فى المستشفيات يبدو أنهم يفيدون من الأعمال الروتينية المتكررة التى تبدو وضيعة ، وبذلك تقدم لهم فرصة للتعبير عن رغبتهم فى المعاناة بصورة غير ضارة بل وبناءة ، وبذلك يوجهون عدوانيتهم بعيداً عن أنفسهم وعن بيئتهم . ويزداد الوعى اليوم بين المعالجين المهنيين.بأن العملية أهم من النتائج . فقد يكون عمل المريض فى أعمال تقل فائدتها العملية أفضل له من إنتاج أشياء لها قيمتها فى السوق . ولكن من الأفضل بالطبع أن يتيح هذا العمل الفرصة أمام المرضى لتكوين علاقات بينهم وبين المعالج بدلاً من أن ينشغل كل منهم بعمله دون أى تبادل مع الآخرين فى الحجرة . والخلاصة ، من المهم معرفة ديناميات المريض لتحديد ما يتلاءم وحاجته ، وهى حاجات قد تختلف من فترة لأخرى خلال المرض . فقد تخدم أحياناً للقضاء على الملل وروتين الحياة فى المستشفى أو قد تقلل من التوتر من خلال النشاط العضلى ، أو قد تسهم فى تقوية الأنا من خلال.تعلم وإتقان مهارة أو قد تسهم فى تكوين علاقات مع الآخرين . وقد يكون المعالج المهنى حلقة هامة فى التواصل مع المريض والعمل على وقف نكوصه وإعداده لأنواع أخرى من العلاج ومنها العلاج النفسى .

ومن علاجات النشاط الأخرى الغلاج الترفيهى ويشمل المباريات التنافسية التى تيسر بصورة مقبولة التعبير عن مشاعر عدائية ؛ والعلاج عن طريق الرقص الاجتماعى الذى قد ييسر استنزاف البواعث القوية لدى المريض من خلال الحركة البدنية ، فضلاً عن الاتصال بالآخرين ووقف النكوص أو عكسه . وحتى الطعام الذى يقدم للمريض عند التحاقه بالمستشفى قد يسهم فى إقامة قنطرة بينه وبين العاملين فيه ويعيد رمزياً العلاقة بين الطفل وأمه .

تطبيقات التحليل النفسى :

ينسب إلى التحليل النفسى أنه قد أسهم فى حل عدد من المشكلات .. ومنها حل فرويد لمشكلة الأعصبة الكلاسيكية ، أى اضطرابات الشخصية التى لم تستثر إلى درجة الذهان بحيث تتطلب إلحاق المريض بالمستشفى ، ولكنها تعوقه عن القيام بوظائفه بصورة ملائمة . وقد صنف فرويد هذه الحالات الاكلينيكية إلى هستيريا وعصاب الوسواس . وأوضح أن صورة الأعراض تنشأ من صراعات الجنسية الطفلية ، كما توصل إلى أسلوب العلاج عن طريق التحليل النفسى والذى أثبت فى تقدير فاين (٧ ، ص ٢٢) جدواه إلى حد كبير فى هذا المجال . وكذلك أرسى فرويد الأساس لفهم وعلاج اضطرابات الخلق أو أعصبة الخلق وما يسمى بالشخصية العصابية – السوية normal-neurotic personality والتى احتلت مكاناً متقدماً فى نظرية التحليل النفسى والعلاج التحليلى . ثم اتسع المفهوم بعد ذلك ليشمل كل الوظائف الإنسانية . ونتيجة لذلك ازداد مدى المشكلات التى يطلب الناس علاجاً لها ، ومنها المشكلات الزواجية والكحولية والسيكوباتية والجنسية المثلية وأعصبة التوافق العادى التى تترك الناس يعملون دون حماس أو شعور بالإشباع . وقد سبق أن أشرنا إلى الصعوبات التى يواجهها التحليل النفسى فى علاج حالات الذهان ، وذلك بالرغم من المحاولات الطليعية الجبارة لبعض كبار المحللين ومنهم فيدرن وساليفان وفروم – ريكمان وغيرهم . إلا أن الجهد عظيم ويتطلب وقتاً كبيراً مما جعل اقتحام المحللين لهذا المجال أمراً غير مشجع . فمثلاً ، تطلب علاج فصامى بواسطة ماريون ملز جلسات يومية لمدة عشرين عاماً (فاين ص ٢٢) . وبالرغم من ذلك ، توصل التحليل النفسى إلى فروض عن ديناميات الذهان . فالفصامى ينظر إليه على أنه شخص مثبت على المرحلة الفمية ، عاجز عن فصم الروابط السيكولوجية مع أمه . وبالرغم من عدم توفر النجاح نسبياً مع الذهانى ، إلّا أن فاين يزعم أن التحليل النفسى أو صورة معدلة من العلاج التحليلى لازالت أنجح المناهج مع هذا النوع من المرضى . وفى العلاج المعاصر ، فإن صورة من صور العلاج التحليلى تستخدم عادة مع مختلف العقاقير الجديدة لإعادة هؤلاء المرضى إلى نوع من الوظيفة الاجتماعية . إلّا أنه يجب مع ذلك فى تقدير فاين الاعتراف بأن كل الجهود الرامية إلى إعادة تأهيل

الذهانى الشديد الاضطراب ليست بنفس القدر من النجاح الذى تصادفه محاولات علاج الأفراد الأسوياء – العصابيين .

المشكلات القومية والعالمية : يمكن للتحليل النفسى بوصفه منهجاً ونظاماً ، أن ينظر إلى المشكلات السياسية والاقتصادية بقدر كبير من الفهم . ويتزايد إدراك أن الكثير من هذه المشكلات لها أصول سيكولوجية . ومن هذه المشكلات التعصب والجناح وحتى البطالة وعدم الاكتراث بتلوث البيئة فى بعض الحالات ولكن التحليل النفسى بوصفه علاجاً لا يملك ما يمكن أن يقدمه لحل المشكلات القومية لأنه لا يتصل بصعوبات الواقع التى تؤدى إلى هذه المشكلات . ويرى فاين أن هذا الخلط بين المشكلة الاجتماعية أو الاقتصادية الحقيقية والمشكلة السيكولوجية يستخدم غالباً فى غير موضعه لتوجيه النقد إلى التحليل النفسى ويمكن للتحليل النفسى أن يلقى أيضاً الأضواء على المشكلات العالمية . فالحرب هى فى النهاية عمل من أعمال العنف غير العادى ، وهى مشكلة سيكولوجية بقدر ما هى مشكلة اجتماعية ، وكذلك مشكلات تزايد السكان والتمييز العنصرى والتعاون الدولى ، إلخ . وهى كلها مشكلات يمكن أن يسهم التحليل النفسى فى فهمها ولكنه لا يستطيع أن يقدم شيئاً لحلها .

هذا وقد سبق وأن أشرنا إلى اسهامات التحليل النفسى فى مجال الأدب(*) والفن وفى الدراسات الأنثروبولوجية .

موقف التحليل النفسى من النظم الأخرى :

يقدر فاين (٧) أن بعض النظريات الأخرى قد أساءت فهم التحليل النفسى . وهو يضرب مثالاً لذلك بكارل روجرز الذى يرى أن التحليل النفسى يركّز على المحلل مقابل نظريته التى تركز على العميل . كما أن روجرز أخذ من التحليل عدداً من المفاهيم ومنها الحاجة إلى الدفء فى العلاقة العلاجية ، والتركيز على المشاعر ولكنه ترك الأبعاد الأساسية فى نظرية التحليل النفسى .

---

* انظر . عز الدين إسماعيل : « التفسير النفسى للأدب » سلسلة علم النفس الحديث ، تحرير لويس كامل ملكيه . القاهرة . دار المعارف ، ١٩٦٣ .

ويركز نظام ألبرت إليس : العلاج العقلانى – الانفعالى أساساً على مفهوم الأنا الأعلى فى التحليل النفسى ، فيحاول عن طريق شن هجوم قوى على الأنا الأعلى تغيير قيمه وبخاصة من حيث الجنس ، وبالتالى تغيير سلوكه . ولكن ذلك التركيز يتجاهل مجالات كبيرة وهامة فى الشخصية .

أما حركة « اللقاء المواجه » Encounter التى يرعاها شوتز وغيره ، فهى نوع من العلاج الجماعى يؤكد على الانطلاق الحر للمشاعر ويسمح للمشاركين بحرية اللمس البدنىّ ، وهو نوع من التفعيل تنأى عنه المدارس العلاجية الكلاسيكية . ومن وجهة نظر التحليل النفسى ، فإن الإطلاق الحر للمشاعر فكرة بدأها فرويد فى أول مراحل بناء نظريته فى التسعينات من القرن الماضى ، ولكن حل محلها منهج أكثر إتقاناً واكتمالاً وهو « سيكولوجية الأنا » . ومن جهة نظر التحليل ، فإن اللمس البدنى يعتبر نوعاً من التشجيع على اللعب الجنسى الذى يسبق الاتصال ، بينما يتضمن التحليل الكامل التأكيد فى نهاية الأمر على دور الاتصال الجنسى والاشباع الجنسى . ويرى فاين أن كل الأساليب التى يتبعها أنصار هذه الحركة هى مقدمات أو لعب جنسى ، وهو يتساءل : لماذ لا يشجعون حرية الجنس الجماعى ، فذلك فى تقديره يمكن فهمه أكثر مما يمكن فهم الكثير مما يكتبون ! .

وفيما يتصل بالعلاج الجشتالتى الذى يدعو إليه بيرلز وغيره ، فإن فاين يتساءل عن السبب فى تسميته بهذا الاسم ، فهو فى تقديره لا يرتبط بالمعنى المألوف للجشتالت . ويهتم المنهج الجشتالتى بالحاضر ويسعى إلى زيادة وعى العميل ببيئته الحاضرة وذلك بإتباع أساليب متنوعة . ويرى فاين أن هذا الاهتمام الحاضر ليس أكثر من مجرد إعادة صياغة لمفهوم التداعى الحر ، ولكن هذه الأساليب تتعثر أمام مشكلة الطرح .

ومع تقدير فاين لإسهام يونج وبخاصة من حيث التنوع فى الرموز التى استنبطها ، إلّا أنه يرى أن بعض أفكاره مثل كلية البناء السيكولوجى هى إعادة صياغة لمفاهيم فرويد . وهو يرى أن تمييز يونج بين الفكر والاتجاه يمثل نكسة إلى منهج « الملكات » faculty لأنه يتجاهل دور العوامل التكوينية فى بناء

الشخصية . وكذلك يرى فاين أن إسهام آدلر فى النظرية السيكولوجية ضئيل وأن منهجه فى العلاج لا يؤدى إلى أكثر من تغيير فى الطرح .

أما العلاج السلوكى ، فإن فاين لا يوافق على الاتهام الموجه من أنصار هذا المنهج وهو أن التحليل النفسى يتجاهل السلوك لمصلحة الخبرة . وفى تقديره أنه اتهام باطل وأن التحليل النفسى يوجه أكثر انتباهه لأدق تفاصيل السلوك .. هذا فضلاً عن أن المنهج السلوكى فى تقدير فاين لم يثبت عملياً أنه نجح فى تحقيق زعمه بأنه يمكن تحرير الأفراد من الحالات العصابية عن طريق فك الأشراط ، كما أن المنهج يستجيب فقط لصيحة المريض وإلحاحه على اتخاذ إجراء ما دون فهم لمعنى هذه الصيحة أو لقيمة الإجراء .

وأخيراً ، لا يرى فاين جدوى فى النظام الذى يتبناه ثورن والذى يعزف بالمنهج التوفيقى . إذ يرى فاين أن التحليل النفسى قد استوعب كل الأفكار الجيدة وطرح جانباً الأفكار الرديئة .

ويحتج روس وابرامز (٢٢) أنه بالرغم من التوسع فى نظرية وبحوث التحليل النفسى ، فإن النقد المألوف لازال يوجه للنظرية . ومن هذا النقد الارتباط الوثيق بالجنسية ، وأنها نظرية قَدَرية تشاؤمية تستمد السلوك فقط من عوامل تكوينية موروثة ، وأن مركباتها النظرية محدودة إلى قدر كبير لأنها تسلم دون وعى بالمعايير الخلقية للعصر الفكتورى ، وأنها تكاد تكون أقرب ما يكون إلى نظام دينى أو فلسفى ينتظم حوله حفنة من الأتباع الذين لا يجرأون على توجيه نقد لنظرية « المعلم » خوفاً من الطرد من النظام ، وأنها فقيرة فى الجانب الوجدانى إلى الحد الذى تختزل فيه السلوك الإنسانى إلى مجرد سلوك آلى عقيم ؛ وأن النظرية تقوم على أساس غرائز خرافية لا وجود لها ، وأنها تعتمد كلية على مقولة مشكوك فيها هى مقولة الأخيلة المنقولة نشوئياً **phylogenetically** ، وأنها تختزل كل الخبرات فتساويها بأصولها فى الطفولة الأولى . ويرى روس وأبرامز أن موقف فرويد النظرى يستحق تقويماً يقوم على أساس أعمق من المعرفة والفهم .

وفى محاولة متوازنة لتقويم التحليل النفسى بوصفه نظرية يقدر كورشين (ص ٣٣٢) أنه أكثر تصورات الشخصية القائمة شمولية وعمقاً فى نظرتها إلى السيكوباثولوجيا والعلاج النفسى ، ولها تأثيرها البالغ فى الأدب وفى العلوم

الاجتماعية وفى جوانب كثيرة من العلوم النفسية والممارسة الاكلينيكية . ويحاول التحليل النفسى أن يدرج فى منظور موحد الجوانب التاريخية والارتقائية واللاشعورية فى الحياة الإنسانية مع التأكيد على الدفاعات والتواؤمات . ورغم أن التحليل النفسى يصر على حتمية جذور السلوك فى الخبرات المبكرة إلا أنه يضفى قدراً كبيراً من الاحترام لقدرة الإنسان على الفعل العقلانى والتنظيم الذاتى . ولكن بعض المركبات الأساسية فى التحليل النفسى ومنها مثلاً الدور المركزى المنسوب للارتقاء الجنسى وللصراع الجنسى يبدو أنه ينتمى إلى فيينا فى مطلع القرن العشرين أكثر مما ينتمى إلى المجتمع المعاصر . والكثير مما افترض فرويد أنه كونى مشترك بين كل البشر ومحدد بيولوجياً ، ثبت اليوم أنه نوعى يختلف باختلاف الثقافات والأفراد . ولقد أكد فرويد على المحددات النفسية الداخلية على حساب المؤثرات النفسية - الاجتماعية والثقافية . ورغم شموليته ، فقد ظل التحليل النفسى نظاماً تصورياً مغلقاً يعتمد فى بياناته الأوليةعلى المواد التى يقدمها العصابيون فى جلسات التحليل . ولقد قاوم المحللون النفسيون الأفكار والنتائج التى توصلت إليها أطر تصورية أخرى ومناهج بحث أخرى رغم بعض المحاولات الحديثة نسبياً .

تقويم التحليل النفسى امبيريقياً :

نشر الكثير من البحوث فى تقويم كل من نظرية التحليل النفسى ومنهجه فى العلاج . واستخدمت فى هذه البحوث أدوات عديدة مختلفة منها : المقابلات والأساليب الاسقاطية والاختبارات الموضوعية والدراسات الفسيولوجية ، إلخ . وأغلب هذه البحوث نوعية فى طابعها أكثر من أن تكون كمية . وتتراوح نسبة نجاح العلاج التى توردها الدراسات بين ٥٠٪ ، ٦٦٪ من الحالات (٧ ، ص ٢٣) . إلّا أنه يصعب تفسير مثل هذه النتائج تفسيراً ذا معنى ، لأن النتائج مبنية على حالات يصعب مقارنتها وعينات من مجتمعات غير معروفة وحالات تتفاوت فى درجة باثولوجيتها ودون تشخيص محدد ودون محكات موضوعية محددة للتحسن أو للشفاء . كما أنها حالات عولجت بدرجات مختلفة من التعمق وبواسطة محللين يتفاوتون فى درجة كفاءتهم . وتنطبق نفس التحفظات على المقارنة بين نتائج التحليل النفسى وغيره من المناهج العلاجية . فمثلاً ، يقدر أيزنك أن النتائج المتحصلة ليست أكثر مما ينتج عن عدم استخدام علاج على

الإطلاق . ويرد عليه ملتزوف وكورنريك (فى ٧ ، ص ٢٣) بأن أيزنك لم يورد فى بحث أكثر من ١١ دراسة من سبعين دراسة أوضحت أن العلاج النفسى بعامة (وليس التحليل النفسى فقط) يؤدى إلى نتائج طيبة ، كما أن الدراسات التى اعتمد عليها أيزنك فى زعمه بأن المرضى يتحسنون بقدر أكبر دون علاج هى دراسات لا قيمة لها .

ويمكن إيجاز تقويم التحليل النفسى بوصفه نظاماً للعلاج النفسى على النحو التالى (١٥ ، ص ٣٣٣) : اختار التحليل النفسى بوصفه نظاماً علاجياً أعلى وأصعب الأهداف ، وهو إعادة بناء الشخصية الكلية لكى يتحرر المريض ولكى يعيش حياة مستقلة ومنتجة . ويعتبر التحرر من الأعراض الحاضرة والتخفف من الضغوط أهدافاً فرعية ليست لها قيمة فى حد ذاتها . إلا أن البحوث لم تثبت بعد أن مثل هذه الأهداف العليا يمكن تحقيقها إلى الحد الذى يبرر الجهد والتكلفة . ولكن هناك شواهد على أن التحليل النفسى قد أحدث تغييرات بعيدة المدى فى فهم الأفراد وقدرتهم على تنظيم حياتهم ذاتياً . ولكن من الصحيح أيضاً أن التحليل النفسى يصلح أكثر ما يصلح لصغار السن والأذكياء والقادرين بدرجة معقولة على فحص الذات ومن يتوفر لديهم دافع قوى للتغيير وحققوا قدراً من النجاح فى مواجهة ضغوط الحياة . ولكن التحليل النفسى يغلب ألّا يكون المنهج العلاجى المناسب للاستخدام مع الذهانيين والمتخلفين عقليا والعصابيين الذين يعجزون عن تكوين عصاب الطرح ، هذا بالإضافة إلى الوقت الطويل والتكلفة العالية مما يصبح معه من الصعب إتاحة التحليل النفسى لغير القلة القادرة .

ويفرض التحليل النفسى على من يريد الاشتغال به شروطاً بالغة الصرامة وأخلاقيات للممارسة ويتضمن الإعداد دراسات نظرية ممتدة فى التحليل النفسى وتحليلاً شخصياً وتدريبياً تحت إشراف يمتد لمدد غير قصيرة . كل ذلك وغيره من العوامل أدى بالمحللين النفسيين إلى أن يحيطوا أنفسهم بسياج يكاد يحولهم إلى ما يقرب أن يكون نادياً خاصاً يرى البعض فيه عاملاً يهدد مستقبل المنهج ويحد من امتداد تأثيره .

دراســـة حالـــة

نورد فيما يلى مقتطفات من حالة عرضها كورشين (١٥ ، ص ٣٣٠) نقلاً عن جرينسون وهو محلل نفسى ، وقد اخترنا هذه المقتطفات لأنها توضح عمليات التفسير وتحليل الأحلام والطرح ودور الرموز فى الاستنتاج التحليلى . يقول دكتور جرينسون :

قدم مستر (ن) أجزاء من حلم . كل ما استطاع تذكره هو أنه كان ينتظر تغير إشارة المرور « الضوء الأحمر » حين شعر باصطدام سيارته من الخلف بشىء آخر ، ولكنه حين اندفع فى غضب ليرى ماذا حدث ، تنفس الصعداء ، إذ وجد صبياً على دراجة كما أنه لم تحدث تلفيات فى سيارته . وقد أدت التداعيات فى الجلسة إلى الحديث عن حب مستر (ن) لسيارات الرياضة ، ورغم أن السيارات الكبيرة تبدو قوية إلا أنها يمكن أن تتحطم فى سنين قليلة . أما سيارته الصغيرة فهى يمكن أن تتفوق على السيارات الكبيرة من أمثال الكاديلاك والرولزرويس . وفى السرعة وفى التسلق وفى البقاء صالحة للاستخدام لمدد أطول . هو يعلم أن فى ذلك مبالغة ولكن يجب أن يفكر على هذا النحو ، بل إن مثل هذه الفكرة تدغدغه ، ولابد أن ذلك يمثل نوعاً من الامتداد لأيامه الرياضية حين كان يحب أن يكون الشخص الضعيف المظلوم الذى يهزم الشخص المفضل . وكان والده من مشجعى الرياضة وكان دائماً ينتقص من قدر انجازات مستر (ن) وكان الوالد يلح دائماً بأنه كان من كبار الرياضيين ، ولكنه لم يثبت هذه المزاعم أبداً . وكان من النوع الذى يحب الظهور . إلّا أن مستر (ن) كان يشك فى قدرة والده على القيام فعلاً بما يزعمه . ولم يكن والده ليتردد فى مغازلة فتاة تقدم المشروبات إلى الجالسين فى مقهى ولم يكن ليتردد فى أن يبدى تعليقات جنسية الطابع عن النساء المارات ، إلّا أن ذلك كان يبدو أنه مجرد حب الظهور . فلو كان ما يزعمه عن قوته الجنسية حقيقياً فإنه لن يلجأ إلى مثل هذا السلوك .

ومن الواضح أن المادة التى يقدمها المريض تهتم بالمقارنة بينه وبين والده من حيث القوة الجنسية ، كما تتناول الناس الذين يتظاهرون بما ليسوا هم عليه

حقيقة . ولقد ظهرت أقوى الوجدانات فى تداعياته فى اللحظة التى قال فيها : « إن فكرة التفوق على السيارات الكبيرة تدغدغنى » . وهو يعلم أن ذلك تحريف ولكنه يحب تخيل هذه الفكرة . وفى الحلم تحول غضبه إلى شعور بالراحة حين اكتشف أن من صدم سيارته كان فقط ولداً يركب دراجة . ولقد بدا لى (يقول جرينسون) أن هذين العنصرين المشحونين وجدانياً يحتويان حتماً على المفتاح إلى معنى الحلم وما يدور فى الجلسة . ولقد فسرت لنفسى أن الولد على الدراجة يعنى ولداً يمارس العادة السرية . والضوء الأحمر يحتمل أن يشير إلى البغاء ، حين أن « منطقة الضوء الأحمر » هى لفظ شائع للدلالة على تلك المناطق التى تتجمع فيها المومسات .

وحتى هذه النقطة ، فإن المريض ليست لديه ذكريات عن الحياة الجنسية لوالديه . إلّا أنه غالباً ما يشير إلى مغازلات والده لعاملات المقاهى والتى فسرتها بوصفها ذكريات اسقاطية . ولذلك شعرت بأننى يجب أن أوجه تفسيراتى نحو اتجاهه بوصفه راشداً إلى التفوق مقابل انشغاله بوصفه طفلاً بالحياة الجنسية لوالده . وقد تجاهلت عن عمد فى ذلك الوقت كل إشارة إلى « اصطدام من الخلف » و « غضب » ، إلخ .

قلت للمستر (ن) قرب نهاية الجلسة بأننى أشعر بأنه يجاهد مع مشاعره نحو الحياة الجنسية لوالده . وهو يبدو أنه يقول أن والده لم يكن على جانب من القوة من الناحية الجنسية . ولقد استجاب المريض بسرعة بالغة ليوافق على أن والده بدا له دائماً بأنه متكبر يميل للتفاخر والتظاهر . ولم يكن يعرف ماذا كانت عليه الحياة الجنسية لوالده مع أمه ولكنه واثق من أنها لم تكن مرضية تماماً . كانت أمه امرأة مريضة وغير سعيدة قضت معظم حياتها تشكو إليه من والده . وكان مستر (ن) واثقاً تماماً من أن أمه لم تكن تحب الجنس بالرغم من أنه لم يستطع إثبات ذلك . وقد تدخلت فى هذه اللحظة وقلت له أنه يبدو أن فكرة أن أمه كانت ترفض الجنس مع والده تدغدغه ، ولكن المريض أجاب « لا » ولكنه اعترف بأن الفكرة أعطته نوعاً من الشعور بالرضا والنصر على « الوالد العجوز » بل إنه فى الواقع ذكر فى هذه اللحظة أنه قد وجد بعض مجلات الجنس مخبأة فى غرفة نوم والده وأنه وجد يوماً ما حين كان مراهقاً لفافة من الكوندوم (الأغشية

الرقيقة التى يستخدمها الذكور لمنع الحمل) تحت وسادة والده وأنه فكر لحظتها بأن والده لابد أنه يتردد على المومسات .

وحينئذ تدخلت وأشرت إلى أن هذه الكوندومات تحت وسادة والده يبدو أنها تشير بوضوح إلى أن والده يستخدمها مع أمه التى كانت تشاركه نفس الفراش . إلّا أن مستر (ن) أراد أن يعتقد فى خياله وعلى سبيل تحقيق الرغبة خيالياً : « أمى لا تريد الجنس مع أبى وأبى ليس قوياً جنسياً » . ولقد استعان المريض بالصمت وانتهت الجلسة .

وفى اليوم التالى بدأ المريض بأن ذكر لى أنه كان غاضباً عندما ترك مكتبى وقاد سيارته بجنون وحاول أن يسبق كل السيارات على الطريق وبخاصة السيارات الباهظة الثمن . وفجأة خطرت له فكرة السبق على سيارة رولزرويس لو وجد واحدة منها . ولقد مرت بخاطره فجأة فكرة هى أن فى مقدمة السيارة الرولزرويس الحرفان .R.R وهما الحرفان الأولان من اسم المحلل . ولقد أدرك المريض فجأة ، وضحك لهذا الخاطر ، وهو وحده فى السيارة ثم قال « الوالد العجوز يغلب أنه على حق » « فعلاً يدغدغنى أن أتصور أن أمى تفضلنى وأننى أستطيع أن أهزم والدى . ولقد تساءلت بعد ذلك ما إذا كان لذلك ارتباط بحياتى الجنسية المضطربة مع زوجتى » .

الفصـــل الـرابـع
العلاج الجماعى والتحليل النفسى

الجماعة فى نظرية التحليل النفسيى :

يرى فرويد الجماعة بوصفها تجمعاً أو مجموعة من الأفراد يرتبطون معاً من خلال عملية توحد مع القائد ومع كل من الأفراد الآخرين . والقائد هو الأب الأولى primal الذى يُخضع له كل عضو من أعضاء الجماعة أناه . وعلم نفس الجماعة فى رأى فرويد هو العلم الذى يدرس الفرد فى جماعة ، وليس الجماعة بوصفها كلاً . والجماعة هنا قد تعنى العرق أو الأمة أو الطائفة أو المهنة أو المؤسسة . وقد يكون الفرد جزءاً مكوناً لحشد من الناس انتظموا فى جماعة لفترة معينة ولغرض معين . وقد اعتقد فرويد أن العائلة وتفاعلات الطفل فى الموقف العائلى هى النموذج الأولى prototype للحياة الجماعية التالية . وفى الجماعة العلاجية يسلك الفرد غالباً بنفس الأسلوب الذى كان يسلكه فى جماعة العائلة . وقد لاحظ فرويد أنه بالإضافة إلى تأثير القائد فى الأعضاء ، فإن كل عضو فرد يؤثر أيضاً فى غيره من أعضاء الجماعة.

وقد تأثر بمفاهيم فرويد كل من يمارس العلاج الجماعى ويستعين بالنموذج التحليلى . وقد حاول س. هـ. فولكس (فى ٢٣ ، ص ١٤٠٨) وهو من رواد العلاج الجماعى فى بريطانيا تخطى الفجوة بين الماضى والحاضر ، وذلك من خلال النظر فى تاريخ حياة المريض وتأثيراتها على الحاضر ، وفى نفس الوقت فحص الأنماط الحاضرة لتفاعلات المريض وبصرف النظر عن الخبرة الماضية . وقد درس طرح المرضى على المعالج وطرح كل مريض على الآخر وطرح المرضى على الجماعة بوصفها جماعة . ويرى فولكس المرض فى الشخص بوصفه وظيفة لتفاعلاته فى شبكة من الأشخاص الآخرين ، كما أنه يرى الجماعة بوصفها المجال الطبيعى لدراسة العمليات السيكوباثولوجية التى تتضمن الآخرين . وقد شرح فى كتابه مع إى. جيمس آنتونى « العلاج الجماعى فى المنهج التحليلى » تطور قدرة الأنا على

خلق علاقات اجتماعية والمحافظة عليها . وقد أكدا أهمية قدرة كل عضو على استثارة تداعيات لاشعورية مرتبطة . وعمليات فكرية لدى الآخرين ، وهى القدرة التى تشير إلى استجابية كل عضو لكل عضو آخر فى الجماعة العلاجية .

إعداد المريض للعلاج الجماعى :

من المهم إعداد المريض لخبرة العلاج الجماعى . ففى الجلسة الإعدادية يتم شرح العمليات التى سوف يتعرض لها المريض مع التأكيد على الحاجة إلى الانفتاح والأمانة مع المرضى الآخرين ، ثم تنبيه المريض إلى أنه قد لا يحب كل هؤلاء المرضى أو أن بعضهم قد لا يحبونه أيضاً . ولكن نتيجة لخبرة التفاعل معهم ، سوف تزداد معرفته بذاته ، وسوف يكتسب من خلال هذه العملية طرقاً للتفكير وللشعور وللسلوك أكثر ملاءمة . وتشير الخبرات (٢٣ ، ص ١٤٠٥) إلى أن مثل هذا الإعداد يؤدى إلى تكون مشاعر أكثر إيجابية نحو الانضمام للجماعة ، وإلى أن يقل معدل التسرب وإلى أن يقوى الاتصال والتماسك بين المرضى .

اختيار المريض للعلاج الجماعى :

يتعين اصطناع منتهى الحذر فى اختيار المريض للعلاج الجماعى وفى تنظيم الجماعة العلاجية . ويتطلب ذلك جمع قدر كبير من المعلومات التى لا يتيسر جمعها إلّا فى مقابلات فردية تشتمل على تاريخ الحالة وعلى فحص عقلى ونفسى .

العوامل الدينامية فى الاختيار : يتعين دراسة ديناميات المريض بما فى ذلك الميكانيزمات الدفاعية المستخدمة والعلاقات مع نماذج السلطة ومع الأقران فى الحاضر وفى الماضى . وتشير الخبرات إلى :

القلق المرتبط بالسلطة : المرضى الذين تتركز مشكلتهم على علاقاتهم مع السلطة والذين يشعرون بالقلق الشديد فى وجود نماذجها يكونون غالباً أكثر صلاحية للعلاج الجماعى من العلاج الفردى أو من الجماعات المكونة من فردين . ذلك أنهم يحصلون على المساندة من جماعة الأقران ، ومن ثم يكونون أقدر على التعامل مع المعالج بواقعية أكبر . ويظهر المراهقون عادة القلق من السلطة ، ولذلك يرى كثيرون أن العلاج الجماعى هو الأصلح لهم ، وبخاصة

بالنسبة للمراهقين الذين لم يكتسبوا خبرة الانتماء لجماعة الأقران . وهى مرحلة عادية من مراحل الارتقاء فى فترة المراهقة . ولذلك يتعين أن تشتمل المقابلة للاختيار على تاريخ دقيق ليس فقط للاتجاهات نحو الوالدين والمدرسين وغيرهم من الراشدين ولكن أيضاً مشاركة المريض فى الأندية وجماعات الرفاق ، إلخ . ومن المؤشرات الواضحة على صلاحية المراهق للعلاج الجماعى كونه شخصا معزولاً أو معتزلاً لم تسبق له خبرة التعرض للرفاق . والمرضى الذين يعانون من القلق المرتبط بالسلطة قد يقاومون التعبير اللفظى عن أفكارهم ومشاعرهم فى المواقف الفردية . وقد يكون ذلك نتيجة حبسة أو قلق خوفاً من عدم موافقة المعالج أو استنكاره لما يعبرون عنه . فإذا ما استجاب المريض سلبياً لفكرة الانخراط فى العلاج الجماعى أو قاومها بصورة واضحة ، فإنه يتعين على المعالج النظر فى إمكانية وجود درجة عالية من القلق المرتبط بالرفاق .

القلق المرتبط بالرفاق : المرضى الذين تكون علاقاتهم مع جماعة الرفاق علاقة تدميرية أو يكونون معزولين اجتماعياً لدرجة كبيرة ، من جماعة الرفاق (مثل الشخصية شبه الفصامية schizoid) يستجيبون بعامة استجابات سلبية أو يعانون من قلق متزايد فى المواقف الجماعية . فمثلاً ، المريض الذى كان يتصف فى المراحل الارتقائية الأولى بالتنافس الشديد مع أشقائه والذى كانت عدائيته معهم أو عدائيتهم معه بالغة الشدة ، قد يعجز عن تحمل الموقف الجماعى وقد يترك الجماعة . ولكن الجماعة قد تستطيع تقديم الخبرة الانفعالية التصحيحية لمثل هؤلاء المرضى . إلّا أنه يتعين أن يحدد المعالج قدرة المريض على تحمل الموقف الجماعى ، وما قد يحدثه من شعور قوى بعدم الارتياح . ومثل هؤلاء المرضى قد يفعلون مشاعرهم نحو الأعضاء الآخرين . وإذا ما تعامل المعالج بحذر مع هذه المشاعر ، فإنه يمكنه تحليلها وفهمها فهماً موضوعياً . ويمكن للمرضى أن يكتسبوا بصراً من خلال التفاعل أكثر مما يمكن اكتسابه من خلال الصياغات اللفظية فى العلاج الفردى . وكذلك يمكن أن تسهم الجماعة فى الكشف عن ديناميات شخصية المريض الذى كان فى طفولته طفلاً وحيداً وفى موضع مركزى من الاهتمام به سواء كان المريض ممن يصعب عليهم تحمل الموقف الجماعى الذى يتطلب المشاركة أو ممن يتطلعون إلى مثل هذا الموقف الجماعى الذى لم تكن لديهم خبرة سابقة به .

الميكانيزمات الدفاعية فى الاختيار : وهذه الميكانيزمات هى عمليات عقلية يستخدمها الفرد للوقاية من التعرض للخبرة الشعورية بالقلق ، فتمكنه من التعامل مع ضغوط داخلية وخارجية متنوعة . ويذكر سادوك (٢٣ ، ص ١٤٠٦) أن الميكانيزمات الدفاعية التالية يمكن أن تستجيب بخاصة للعلاج الجماعى .

الإسقاط : أى أن ينسب الفرد إلى الآخرين دفعات لا يجدها مقبولة لديه ، فهو يلوم الآخرين دائماً لنقص كفاءتهم ولفشلهم مثلاً . والمريض يتردد فى الحديث عن دوافعه ويتجنب التأمل الباطنى الذى قد يؤدى إلى الكشف عن أفكار غير مرغوبة تستثير لديه الشعور بالعار أو بالذنب . وقد يجد المريض صعوبة فى العلاج الفردى نتيجة لنزعته إلى اسقاط أفكاره ومشاعره السلبية على المعالج ، بما يعوق اختبار الواقع . وهذا الميكانيزم الدفاعى يمكن التعامل معه بفعالية فى العلاج الجماعى والذى يواجه فيه أعضاء الجماعة المريض باستمرار بتحريفاته الموجهة إليهم أو إلى المعالج . ومثل هذه العمليات الجماعية ترغم المريض على التأمل الباطنى ، ومن ثم يزداد احتمال زوال الإسقاط . ومن المشكلات التى يتعين على المعالج مواجهتها فى مثل هذه المواقف أن ملاحظات المريض الذى يستخدم ميكانيزم الإسقاط على مريض آخر قد تكون دقيقة ، لأنه قد يكون حريصاً على أن يجد فى غيره نفس الأخطاء التى توجد فيه . ولذلك ، فإنه من الخطأ أن يفترض المعالج أن ملاحظات المريض غير دقيقة ، ولكنه يتعين أن يستوثق أن المريض المسقط يتحمل مسئولية عن نفس سمات الخلق فى ذاته والتى يلاحظها فى الآخرين .

الكبت والإنكار والقمع : وهى ميكانيزمات تؤهل من يلجأ إليها لإمكانية إفادته من العلاج الجماعى ، إذا ما كشف المعالج فى مقابلة الاختيار عن وجود هذه الميكانيزمات ، فمثلاً ، حين يتذكر مريض حدثاً ما ، فإن مريضاً آخر قد يتذكر مواد مكبوتة . أما « القمع » ، أى الحجب الشعورى لمعلومات عن الذات بسبب الخوف أو القلق أو الشعور بالذنب أو العار أو الحرج ، فإنه حين يكشف بعض المرضى عن أسرارهم الدفينة ، فإن الآخرين يكتشفون أن غيرهم أيضاً لديهم نفس الأفكار أو المشاعر أو أنهم خبروا نفس أحداث الحياة ، وكذلك حين يستخدم المريض « الإنكار » لجانب من مواقف حياته الخارجية مؤلم إلى الحد

الذى يعجز معه عن رؤيته بصورة واقعية ، فإن الجماعة يمكن أن تصحح التحريف كما يمكن أن تساعد المريض على فحص طرق متنوعة للتعامل مع الموقف بفعالية أكبر . وحين يكون إنكار المرض العقلى هو المشكلة الرئيسية ، فإن إرجاع الأثر (التغذية المرتدة feed back) من الآخرين فى الجماعة قد يكون الخطوة الأولى فى تحقق المريض من وجود الاضطراب الانفعالى .

استجابات الطرح : ذلك أن الطرح يكون أحياناً من الشدة بحيث يصعب تحليله فى موقف العلاج الفردى ، وذلك إما لأن الطرح يأخذ صورة سلبية لا يمكن للمريض تحملها ، ومن ثم ينقطع عن العلاج كلية ، أو لأنه أصبح مثبتاً . والطرح المثبت يكون استاتيكياً تنقصه الخصائص المرنة القابلة للتحليل والسائدة فى الاضطرابات العصابية . ويصلح العلاج الجماعى أو الجمع بينه وبين العلاج الفردى للمرضى الذين يغلب أن تتكون لديهم استجابات طرحية مثبتة أو هاجسية على المعالج . وقد تكون هذه الاستجابات إيجابية أو سلبية . فإذا كان الطرح سلبياً ، فإن المريض تكون لديه فرصة لملاحظة الاستجابات المختلفة تماماً من قبل المرضى الآخرين نحو المعالج . وتساعد هذه الملاحظة المريض فى اختبار الواقع ، لأنه سوف يصعب الاحتفاظ باتجاهات سلبية لا عقلانية حين يكون لدى معظم أو كل المرضى الآخرين إطار إدراكى مختلف . وإذا كان الطرح إيجابياً ، فإن الموقف الجماعى يقدم فرصة لعناصر معينة من الطرح لأن تتخفف من خلال طرحها على المرضى الآخرين . وكذلك فإنها تمنع المريض من الالتجاء إلى التخييل الشائع وهو أنه المريض الوحيد للمعالج (erotomania) . ذلك أن المعالج يوجه انتباهه للمرضى الآخرين فى الجماعة بقصد اختبار الواقع المبنى على الموقف الجماعى .

العوامل التشخيصية فى الاختيار : يرى سادوك (٢٣ ، ص ١٤٠٦) أن تشخيص اضطراب المريض هام فى تحديد أحسن المناهج العلاجية ولتقويم الدافعية إلى العلاج والقدرة على التغير وجوانب القوة والضعف فى شخصية المريض . ويشتمل التشخيص على فروض ومسلمات متنوعة حول الديناميات السيكولوجية والميكانيزمات الدفاعية المتضمنة وأسباب الاضطراب الانفعالى للمريض والأهداف المرغوب تحقيقها . كما يتعين أن يخضع كل من يرشح للعلاج

الجماعى لفحص طبى للتحقق من خلوه من مرض عضوى قد يفسر بعض أو كل أعراض المريض .

تنظيم الجماعة العلاجية :

وهو تنظيم يكون حاسماً فى تحديد فعالية العلاج الجماعى ويشمل :

حجم الجماعة : قد يتراوح حجم الجماعة العلاجية بين ٣ ، ١٥ فرداً . ولكن معظم المعالجين يعتبرون الحجم الأمثل لحجم الجماعة هو ثمانية أو عشرة مرضى . فإذا كان العدد أقل ، فقد يكون التفاعل أقل إلّا إذا كان تفاعلاً لفظياً بخاصة . وإذا كان الحجم أكبر ، فإن التفاعل قد يكون كبيراً إلى الحد الذى قد يصعب فيه على المريض أو المعالج متابعته .

تواتر الجلسات : يعقد معظم الممارسين للعلاج النفسى الجماعى جلسة جماعية واحدة فى الأسبوع . ومن الضرورى المحافظة على استمرارية الجلسات بحيث يمكن متابعة الموضوعات من جلسة لأخرى . وقد يمكن عقد جلستين فى الأسبوع إحداهما مع المعالج والأخرى بدونه . ويتراوح طول فترة الجلسة من ساعة إلى ساعتين بمتوسط ١,٥ ساعة . ولكن يتعين أن تكون الفترة المحددة ثابتة ، مما يعين المرضى والقادة على التمسك بالتزاماتهم فى الحياة اليومية . كما يؤكد هذا التحديد على ضرورة الإفادة من الزمن المتاح بأقصى قدر ممكن من الفعالية .

درجة التجانس فى الجماعات العلاجية : يفضل معظم المعالجين أن تكون الجماعة العلاجية غير متجانسة قدر الإمكان لتحقيق أقصى تفاعل ممكن . فتتكون الجماعة من أفراد من فئات اكلينيكية مختلفة وأنماط سلوكية مختلفة ومن عناصر عرقية مختلفة ومن مستويات اجتماعية وتعليمية وعمرية مختلفة فضلاً عن الجنسين .

عوامل تنظيمية أخرى :

التشخيص : يمكن إلحاق بعض الفصاميين بجماعات من مرضى غير فصاميين ، إذ يمكن للفصامى والذى يكون حساساً لدرجة كبيرة لاستثارة العمليات اللاشعورية ، أن يمد المريض العصابى بالتنبيه الضرورى للتحرر من

العوامل الكابتة التى تكون أكثر تماسكاً فى العصابى منها فى الفصامى . وعلى العكس ، يمكن للعصابى أن يقدم قدراً كبيراً من اختبار الواقع والمساندة لدفاعات الأنا الضعيفة لدى الفصامى .

الديناميات : يستطيع المعالج أن يكون جماعة على قدر كبير من الفاعلية إذا استطاع أن يفهم فهماً صحيحاً ديناميات المرضى المتنوعين . فمثلاً ، إذا استخدم الصراع الأوديبى أساساً لتنظيم الجماعة ، فإن مدى عريضاً من إمكانيات التفاعل الفعال يمكن العمل على تحقيقه فى تكوين الجماعة . فيمكن مثلاً وضع مريض ينافس والده مع مريض ينافس ابنه ، فى جماعة واحدة . وكذلك يمكن وضع مريض معرض لأم تبالغ فى وقاية ابنها أو فى اغرائه مع أم مثلها ، وهكذا .

السلوك : بعد دراسة طرز حياة المرضى وأنماطهم السلوكية ، يمكن للمعالج أن يكون جماعة علاجية فعالة عن طريق اختيار أنماط متنوعة . فمثلاً ، يصلح العلاج الجماعى أحسن ما يصلح للمريض الذى يتسم بالانزواء والعزلة والخوف من العلاقات الحميمة . ويجب وضع مثل هذا المريض مع مريض انبساطى أو ذى شخصية باثولوجية منطلقة أو مع مريض اندفاعى مستقل يتخذ قراراته بسرعة مهما كان الخطأ فيها .

الجنس والعنصر والمستوى الاجتماعى – الاقتصادى : يعانى معظم المرضى الذين يتقدمون طلباً للعلاج النفسى من نوع ما من الاضطراب الجنسى بوصفه جزءاً من سيكوباثولوجيتهم ، وبصرف النظر عن التشخيص وما إذا كان هذا الاضطراب الجنسى يمثل الشكوى الرئيسية أم لا . والكثير من الاضطرابات الجنسية لا ينشأ من صراع سيكولوجى فقط ولكن من قصور تعليمى أيضاً . والعلاقة بين المنشأين علاقة بالغة التعقيد . ويقدم الموقف الجماعى فرصة فريدة للمرضى وللمعالج لتبين إذا كانت المشكلة هى نتيجة تعلم خاطىء ، أم نتيجة مشكلات سيكولوجية أو نتيجة لهما معاً . ولذلك يتعين فى تقدير سادوك (٢٣ ، ص ١٤٠٧) الجمع بين الرجال والنساء فى الجماعة الواحدة حيث يمكن فحص الاتجاهات الجنسية فحصاً فعالاً . ورغم أنه يحتمل أن يعوق الكف فى البداية المناقشة الصريحة فى جماعة تضم الجنسين ، إلّا أن التبادل يتم فى نهاية الأمر .

وكذلك يمكن الجمع جمعاً مفيداً فى الجماعة العلاجية بين المرضى من مستويات اجتماعية - اقتصادية ومن جماعات عرقية أو دينية مختلفة . وحينئذ يكون من المفيد أن تضم كل جماعة فرعية فردين على الأقل لتمكين كل منهما من تحمل موقف الأقلية الذى يجد كل منهما نفسه فيه .

العمــر : يمكن للجماعة أن تضم أفراداً تتراوح أعمارهم من ٢٠ إلى ٦٥ سنة ، إذ أن ذلك يسهم فى قيام نماذج للعلاقة بين الابن والوالد والأخ والأخت ، إلخ .. ويجب تجنب أن تضم جماعة الراشدين فرداً واحداً فقط يمثل كلا من الجماعات العمرية المختلفة . إلّا أن جماعات الأطفال والمراهقين يحسن أن تكون متجانسة عمرياً . ورغم أن المراهق يمكنه أن يتمثل المادة التى تقدم فى جماعة الراشدين ، إلّا أنه يجب ألا يحرم من الخبرة البناءة لجماعة الرفاق .

العــوامـل العــلاجيـة

يمكن القول بأن هناك اتفاقاً عاماً على أن العمليات الجماعية التالية هى التى يمكن أن ينسب إليها التغير العلاجى (٢٣ ، ص ١٤٠٩) .

اختبار الواقع reality testing : أى تقويم العالم المعاش والوعى بالذات وبالآخرين كما هم عليه فى الواقع ، وهو مطلب غير هين . ذلك أن أى تبادل للتفاعل بين فردين يشتمل على التفاعلات الممكنة التالية : ما يريده كل شخص من الآخر أن يعتقده هذا الآخر عنه ؛ ما يعتقده الشخص عن نفسه ؛ ما عليه الشخص حقيقة . ففى جماعة من ثمانية أشخاص ، قد تبدو هذه التعقيدات صعبة على الحل . ولكن فى عملية الاتفاق الاجماعى على صدقها ، تعرف الجماعة أخيلة وحقيقة كل من المشاركين فى الجماعة ، والموقف الجماعى هو ندوة لاختبار الواقع حيث أن كل عضو يعبر لفظياً عن أفكاره ومشاعره نحو الآخرين ، ومن خلال فحص هذه التعبيرات اللفظية بواسطة القائد والأعضاء . وحين يحرف إدراك عضو لآخر ، فإن الآخرين فى الجماعة يستطيعون إبداء ملاحظاتهم لتصحيح هذا التحريف . ونتيجة لذلك ، تقوم عملية اختبار للواقع بصفة مستمرة . ومن واجب المعالج تشجيع قيام اتصال صريح ومفتوح فى الجماعة .

وترى بعض المناهج العلاجية أن المعالج يمكن أن ييسر هذه العملية عن طريق أن ينفتح هو على أعضاء الجماعة ، وبذلك يخدم كنموذج للجماعة . إلّا أن المناهج التقليدية الأخرى ، ترى أن المعالج يتعين أن يبقى بعيداً عن الجماعة بالقدر المطلوب للاحتفاظ بموضوعيته . ولا يعنى ذلك أنه لا يستعين بأمثلة من حياته لتوضيح نقاط معينة ، ولكن يجب أن يكون متيقظاً لاحتمالات تأثير الكشف عن ذاته على أعضاء معينين فى الجماعة .

وتعيد الجماعة خلق الموقف العائلى للكثيرين من المرضى ، ومن ثم فهى قد تستثير توترات وصراعات سابقة . ومن الشائع أن يرى المريض فى الآخرين نماذج للأب أو الأم أو الشقيق ، وذلك إما لأنهم يشبهونهم فيزيقياً أو سلوكياً . وفى اختبار الواقع الناجح ، يستطيع المريض أن يميز بين الاستجابات الملائمة للمنبهات الحاضرة وبين تلك المحمولة من صراعات الماضى . ويحاول المعالج تبصير المريض بهذه الاستجابات عن طريق السؤال عن الشبه بين عضو العائلة وعضو الجماعة أو قد يقدم تفسيراً مباشراً بقصد نقل مثل هذه الارتباطات إلى الشعور . إلّا أنه يجب عليه أن يتذكر أن بعض المرضى قد يكونون أهدافاً مناسبة لمشاعر عدائية أو لمشاعر حب من الآخرين .

الطــــرح : عرف فرويد الطرح بأنه ارتباط لاشعورى نحو الآخرين بمشاعر واتجاهات نحو أشخاص هامين فى المراحل الأولى المبكرة من حياة المريض . إلّا أن التعريف اتسع بعد ذلك ليشمل مشاعر نحو الآخرين يكون المريض واعياً بها . ويصر المعالجون التحليليون الكلاسيكيون على التعريف الأصلى للطرح . بوصفه ظاهرة لاشعورية . ولكن فى كل من الحالتين ، فإن المشاعر المستثارة بين أعضاء الجماعة وبينهم وبين المعالج هى مشاعر طرحية حين تكون لا عقلانية ، ولا تنسجم مع الواقع . وحين يلاحظ المرضى كل منهم الآخر ، فإن المشاعر المكبوتة أو المقموعة يمكن أن تظهر . فمثلاً ، تعبير مريض عن مشاعر حب أو مشاعر جنسية نحو مريض آخر أو نحو المعالج قد تستثير تبادلاً بشأنها من جانب مريض آخر . وقد تستثار المشاعر السلبية بنفس الطريقة . ويعبر عنها فى الموقف الجماعى بأسرع مما يعبر عنها فى موقف فرد لفرد . وقد يلاحظ مريض أن المعالج لم

يستجب استجابة عقابية لغضب مريض ومن ثم يكون أكثر اطمئناناً للتعبير عن مشاعر لم يكن هو واعياً بها .

الطرح المتعدد : لا يحتاج المريض في جماعة إلى أن يوجه كل مشاعره نحو المعالج فقط ، إذ أن الجماعة تضم أعضاء لكل منهم أنماطه التكوينية والدينامية والسلوكية التى قد تمثل أناساً هامين فى ماضى أو فى حاضر المريض المعين . وقد ينظر مريض إلى مريض زميل له كما لو كان زوجته أو أمه أو أباه أو شقيقته أو صاحب العمل الذى يعمل عنده ، إلخ . ومن ثم فإن المريض يمكن أن يتعامل من خلال الصراعات المتخيلة أو الحقيقية مع نماذج بديلة ونحو حل ناجح للصراع .

الطرح الجمعي collective transference : قد ينظر المريض نظرة باثولوجية إلى الجماعة كما لو كانت شخصاً تنطبق عليه ظاهرة الطرح . وظاهرة الطرح الجمعي هذه ظاهرة ينفرد بها العلاج الجماعى . فقد ينظر مريض معين إلى المعالج بوصفه نموذج الأب ، وإلى الجماعة بوصفها نموذج الأم . وقد يكون الطرح الجمعى إيجابياً أو سلبياً . ويجب أن يتنبه المعالج إلى هذه الاستجابة وأن يشجع المريض على أن يستجيب لأعضاء الجماعة بوصفهم أفراداً ، وأن يميز كلا منهم عن الآخر وأن يتعامل مع هذا التحريف المعين .

عصاب الطرح : يقوم عصاب الطرح حين يصبح الارتباط الطرحى للمريض مع المعالج أو مع مريض آخر فى الجماعة قوياً إلى حد زائد . وفى العلاج الفردى ، فإن الاتجاهات اللاعقلانية والاعتقادات الباطلة للمريض تطرح فقط على المعالج . ويمكن إخضاع عصاب الطرح للتفسير والتحليل ثم التصحيح فى النهاية . ولكن ظهور عصاب الطرح فى الموقف الجماعى يكون لأسباب متنوعة أقل وضوحاً . وتخفف المشاعر نحو القائد وتقل فى شدتها بسبب وجود الأعضاء الآخرين الذين يسحبون الكثير من الانفعالات التى قد توجه نحو القائد فى الموقف الفردى . وقد يشبه مريض زميل فى الجماعة نموذجاً هاماً فى ماضى حياة مريض معين ومن ثم يصبح موضوعاً هاماً للطرح . وفى الجماعة ، يكون المعالج أكثر استجابية وأكثر تعرضاً للفحص الجماعى من قبل أعضاء الجماعة ومن ثم تصبح سمات شخصيته الحقيقية أكثر وضوحاً .

التوحـد : يتوحد معظم المرضى السيكياتريين مع النموذج الخطأ أو أنهم لم يجدوا نموذجاً يتوحدون معه وفى العلاج الفردى يحاول مرضى كثيرون تعلم أنماط جديدة للمواءمة عن طريق اتباع خصائص المعالج . وفى العلاج الجماعى ، هناك أنماط متنوعة متاحة ويتوحد المرضى مع خصائص معينة للمرضى الآخرين . وقد تحدث عملية التوحد إما شعورياً عن طريق التقليد البسيط أو لا شعورياً بعيداً عن دائرة الوعى . ويمكن فهم عدد من الميكانيزمات الجماعية المتنوعة فى إطار التوحدات التى تقع بين الأعضاء . ويختفى الشعور بالاغتراب بنمو مشاعر الأعضاء كل نحو الآخر ونحو الجماعة ككل . وتنمى الجماعة الشعور بالأمن وبالانتماء ويحاول كل عضو فهم التنوع الواقع فى سلوك الأعضاء فى تسامح ورغم مدى الانحراف فيه . وهذا الميكانيزم من التقبل علاجى من حيث أن الأعضاء يدركون أن هناك مكاناً للاختلاف فى الآراء بين الأعضاء . كما أن كلا من الجدل والتعبير عن العدائية والسلبية لا يعوق الإيجابية التى تربط بين أعضاء الجماعة . ومثل هذه الخبرة تكون مفيدة جداً للمريض الذى تعرض لخلافات عائلية أدت إلى تفكك العائلة . ومن خلال ميكانيزم التأييد الاجتماعى ، يصبح الأعضاء واعين بغياب الخطر الذى كانوا يتوقعونه .

إدراك عمومية المشكلات : يدرك المرضى فى الجماعة أنهم ليسوا وحدهم فيما يعانونه من مشكلات انفعالية وأن الآخرين يواجهونها أيضاً . ومن المتفق عليه بعامة أن إدراك هذه العمومية هو من أهم ما يميز العلاج النفسى الجماعى . ومن الحاجات الإنسانية الهامة المشاركة فى الخبرات بصرف النظر عما إذا كان يطلق عليها صفة الباثولوجية أم لا . وحين يدرك كل مريض أنه هام بالنسبة للآخرين ، فإنهم يسعون إلى أن يساعد كل منهم الآخرين . ويسمى البعض هذه العملية « الغيرية » بينما يسميها البعض الآخر : التعضيد أو المساندة ، وهى تتميز بتضحية المصالح الشخصية فى سبيل الجماعة . وفى مقابل هذه التضحية يتلقى المريض قدراً كبيراً من المساعدة . ويكتسب ارتفاع تقدير الذات من خلال تقديم النصح ومحاولة التوجيه أو التأثير فى زميل آخر بزيادة وعيه السيكولوجى . ويدعم المريض الذى يضحى فى سبيل الجماعة هويته من خلال فصل مشكلاته عن مشكلات الآخرين وتعلم المشاركة بصورة واقعية .

التماسك cohesion : تتميز كل الجماعات – وليست جماعات العلاج النفسى فقط – بقدر من التماسك ؛ إذ يشعر الأعضاء بالتحنية والانتماء ، ويكون للجماعة قيمة لهم تتطلب الولاء وتشجع على تكوين الصداقات . وهم يكونون على استعداد للعمل معاً وتحمل مسئولية تحقيق الأهداف العامة ، وتحمل قدر من الإحباط للحفاظ على تكامل الجماعة . وجماعة العلاج النفسى المتماسكة هى التى يكون فيها كل عضو متقبلاً للآخر ومساندا للآخر فى إطار علاقات ذات معنى بينهم . ويقرر سادوك (ص ١٤١٠) أن التماسك هو أهم عامل مفرد فى العلاج الجماعى . والمرضى الذين يتكاملون فى الجماعة العلاجية يظهرون تحسناً أكبر ويتعين أن يتنبه المعالج للمؤشرات الدالة على هذا التكامل . والعضو المتماسك هو الذى يظهر استعداداً لتحمل مسئولية العمل فى سبيل تحقيق الكفاءة للجماعة عن طريق المشاركة النشطة فى اجتماعاتها ، والعمل الجاد لتحقيق الأهداف الصعبة والمواظبة على حضور الاجتماعات والبقاء فى الجماعة لفترة طويلة . وهو الذى تتوفر لديه العزيمة على التأثير فى الآخرين والاستماع إلى الفروق فى الآراء والالتزام بمعايير الجماعة وتشجيع الآخرين على الالتزام بها . ويمكن فى إطار المؤشرات السابقة أن يستوثق المعالج من درجة التزام كل عضو بالتماسك الجماعى . وذلك مع مراعاة سيكوباثولوجية المريض المعين . فمثلاً : المريض شبه الفصامى الذى يجد صعوبة فى الارتباط لفظياً ، قد يظهر رغم ذلك انجذاباً للجماعة من خلال الانتظام فى حضور اجتماعاتها . وعلى العكس ، فإن المرضى المنطلقين لفظياً قد يبدو أن الجماعة تجذبهم على أساس مشاركتهم النشطة فى جلسة معينة ، ولكنهم قد يظهرون مستوى خفيضاً من التكامل ويكون انتظامهم فى الجماعة ضعيفاً . وكلما نجح المعالج فى تكوين جماعة متماسكة كلما زاد احتمال النجاح فى تحقيق الأهداف العلاجية ، لأن المريض سوف يكون أكثر تقبلاً للميكانيزمات التى يمكن أن تقدمها الجماعة العلاجية .

والأساليب السوسيومترية(*) هى أسلوب لقياس تماسك الجماعة . وهى الأساليب التى ابتكرها مورينو والتى يطلب فيها من المريض أن يحدد أسماء من يود

---

* انظر : لويس كامل مليكه « سيكولوجية الجماعات والقيادة » الجزء الأول ، القاهرة ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ١٩٨٩ .

مشاركتهم من أعضاء الجماعة فى نشاط محدد كأن يكون معه فى جزيرة منعزلة . وقد يكشف السيوسيوجرام (والذى يمثل فيه الأعضاء بدوائر والاختيارات ووجهاتها بخطوط وأسهم) عن مدى تماسك الجماعة أو مدى وجود تكتلات فيها . ومن أمثلة الأسئلة السوسيومترية التى أوردها باك فى كتابه « العلاج الجماعى المتعمق » (٢٣ ، ص ١٤١١) ما يلى :

(١) من الذى يقاوم أكثر من غيره مناقشة مشاكله فى الجماعة ؟ (٢) من الذى تود أن تساعده أكثر من غيره فى فهم مشكلاته ؟ (٣) من الذى تعتقد أنه يسهم أكثر من غيره فى تقديم مواد تفيد فى فهم مشكلاتك ؟ (٤) من الذى ينزع إلى إثارة المشكلات الجنسية ؟ (٥) من الذى يثير المرح والضحك أكثر من غيره ؟ (٦) من هو أكثر جرأة فى تعامله مع الجنس الآخر ؟ (٧) من الذى ينزع إلى أن يدس أنفه فى الخبرات الشخصية جداً للآخرين ؟ (٨) من الذى يمكن أن تتحمل عدائيته بسهولة أكبر ؟ (٩) من الذى يصعب عليك جداً أن تتحمل عدائيته ؟ (١٠) من الذى تعتقد أنه أحسن عضو فى الجماعة من حيث أنه يبذل مجهوداً حقيقياً لحل مشكلاته ؟ (١١) من الذى تخشى أكثر من غيره من الاختلاف معه ؟ (١٢) من الذى تخشى أقل من غيره من الاختلاف معه ؟ (١٣) من الذى يزداد احتمال أن تلجأ إليه أكثر من غيره إذا احتجت إلى مساعدة فى الجماعة ؟ (١٤) من الذى يزداد احتمال أن تمده بحمايتك إذا تعرض لهجوم ؟ (١٥) من الذى تتفق معه أكثر من غيره فى الجماعة ؟ (١٦) من الذى يتفق معك فى الجماعة أكثر من غيره ؟ (١٧) من هو الشخص الأكثر استقلالاً عن غيره فى الجماعة ؟ (١٨) من الذى يمكن أن يتفوق عليك فى المناقشة ؟ (١٩) من الذى يهددك أكثر من غيره ؟ (٢٠) من هو أكثر الناس من حيث الجاذبية الاجتماعية فى الجماعة ؟ (٢١) من هو أكثر الناس من حيث الجاذبية الجنسية لك فى الجماعة ؟ (٢٢) من هو أقل الناس من حيث الجاذبية الجنسية لك فى الجماعة ؟ (٢٣) من الذى تحب أكثر من غيره أن يكون صديقاً لك ؟ (٢٤) من الذى تظن أن المعالج يوليه أكبر الاهتمام ؟ (٢٥) من الذى تظن أن المعالج يوليه أقل الاهتمام ؟ (٦) من الذى يسعى بصورة مستمرة إلى الحصول على تأييد الجماعة ؟ (٢٧) من الذى يسعى بصورة مستمرة إلى الحصول على انتباه الجماعة واهتمامها ؟ (٢٨) من الذى يسعى بصورة

مستمرة إلى الحصول على تأييد المعالج ؟ (٢٩) من الذى يعارض المعالج بصورة مستمرة ؟ (٣٠) من أكثر الأعضاء عدوانية فى الجماعة ؟

الضغط الجماعي : يتعرض كل عضو فى الجماعة للضغوط الجماعية لتغيير سلوكه أو تفكيره أو مشاعره . وتتوقف درجة استجابته لهذه الضغوط على درجة جاذبية أعضاء الجماعة له وعلى القيمة التى يضفيها على عضويته فى الجماعة . وقد يكون هذا الضغط مفيداً أو ضاراً طبقاً للطريقة التى يدير بها المعالج الميكانيزمات الجماعية ومنها التماسك . فقد تصر الجماعة على قيام العضو بعمل يكون غير قادر على أدائه أو ضاراً به . ولكنها قد تشجع مريضاً على القيام بعمل مفيد مثل الإصرار على أن يقوم المريض الذى يعانى من مخاوف مرضية على القيام بما يخافه . وييسر الضغط الجماعى أيضاً على اختبار المفاهيم الجديدة . وتشير الخبرات الاكلينيكية إلى أن المريض فى الجماعة يغير سلوكه غالباً لإرضاء زملائه المرضى وللاحتفاظ باحترام الذات داخل الجماعة التى تشجعه على التغيير . وفى إطار العلاج السلوكى ، فإن المريض يقوى دافعه إلى التغيير من خلال التدعيم من قبل الآخرين والمعالج والبيئة .

إعمال الفكر intellectualization : وهو يتضمن وعياً معرفياً بالذات وبالآخرين وخبرات الحياة المتنوعة سواء كانت إيجابية أو سلبية والتى تفسر الأداء الوظيفى الحالى . وهو لا يشير فقط إلى ما هو أكثر من معرفة بالتاريخ الشخصى ولكنه يتضمن أيضاً أن المرضى يفهمون كيف يرتبطون معاً فى المكان والزمان الحاليين وأنهم يفهمون التفاعلات المتبادلة بينهم داخل الجماعة . وتتحقق وسيد تعلم مفيدة عن طريق إرجاع الأثر حين يواجه كل عضو الآخرين باستجابات فورية للأحداث عند وقوعها .

التفسير : وهو من مشتقات إعمال الفكر ، ويقدم للمرضى إطاراً معرفياً يمكنهم من فهم أنفسهم فهماً أحسن ، سواء كان مصدر هذا التفسير هو المعالج أو الأعضاء الآخرين فى الجماعة . وتقدم المدارس النظرية المختلفة أسساً بديلة لفهم السلوك الإنسانى ، وبالتالى أطراً معرفية للممارس وللمريض . وإعمال الفكر لا يتحتم أن يؤدى بالضرورة إلى التغيير ، ويتعين إضافة عوامل خبرة إذا أريد للتعلم الفعال أن يتحقق . ويجمع مفهوم « الخبرة الانفعالية التصحيحية » والتى

كان أول من صاغها فرانز ألكساندر عام ١٩٤٦ بين العوامل الفكرية وعوامل الخبرة فى إطار نظرى وظيفى . وتؤدى العملية التصحيحية عملها حين يخبر المريض المعالج أو زميلاً له فى الجماعة فى صورة محرفة تصاحبها وجدانات أليمة أو سارة ترتبط بتلك الخبرة ، وحين يدرك المريض بعد ذلك أن موضوع الشحنة الانفعالية يعمل بشكل يختلف عن الشكل المتوقع . ولكن لازال يتعين على المريض أن يخبر الانفعال المعين المتضمن وأن يعبر عنه ، وهى ميكانيزمات تدرج عادة تحت عنوان « التنفيس » و « التفريغ الانفعالى » لكى يصبح للعملية فعاليتها . وفى الوقت الحاضر يذكر سادوك (٢٣ ، ص ١٤١١) أن المشتغلين بالعلاج الجماعى منقسمون حول قضية الخبرة مقابل المعرفة . إذ تؤكد بعض المناهج العلاجية على الخبرة على حساب المعرفة ، بينما يؤكد البعض الآخر على العكس . والحقيقة هى أن كلا من العاملين يتعين التكامل بينهما إذ أريد للتغيير العلاجى أن يتحقق .

التنفيس والتفريغ الانفعالى ventilation and catharsis : والتنفيس طبقاً لتعريف سادوك (٢٣ ، ص ١٤١٢) هو التعبير المفتوح عن الأفكار والأسرار الداخلية ، بينما التفريغ الانفعالى هو التعبير عن المشاعر والوجدانات المرتبطة بالأفكار والأسرار المنفس عنها . ويسهم التنفيس فى التخفف من مشاعر الذنب والقلق من خلال الاعتراف ، ويمد الجماعة بمعلومات هامة عن أفكار وأخيلة ومشكلات المريض . كما أنه يستثير فى الآخرين تداعيات قد تنقل إلى دائرة الوعى مواد لا شعورية . وثمة ميكانيزم هو العدوى الانفعالية emotional contagion يعمل بصورة مشابهة أى أن التعبير الانفعالى من قبل عضو قد يستثير الوعى بحالة انفعالية مشابهة لدى الآخر . وينشأ لدى كل جماعة خليط مميز لها من عمليات التنفيس والتفريغ طبقاً لتركيب الجماعة وطراز القيادة والإطار النظرى . فالجماعة التى تتكون من أفراد ينقصهم التحكم فى دفعاتهم يغلب أن يسودها التعبير الانفعالى بعكس الجماعة المكونة من أفراد وسواسيين – قهريين إذ يغلب أن تكون مقيدة انفعالياً . وفى الجماعة الاندفاعية الأولى قد يعوق الطراز القيادى المشجع للتفريغ الانفعالى التقدم العلاجى ، ولكنه قد يكون مفيداً فى الجماعة القهرية . ومن المهم أن يحتفظ المعالج بالقدر المناسب من المرونة استجابة لحاجات

الجماعة المعينة ، وليس استجابة للطراز القيادى الغالب لديه . إلّا أن كلا من العمليتين يتعين أن تعملا داخل أى جماعة .

إعادة الخبرة الانفعالية abreaction : وهى عملية أشد انفعالية من التفريغ . وتعنى إعادة الخبرة بأحداث الماضى وما يرتبط بها من انفعالات . كما أنها ترتبط فضلاً عن ذلك باستبصار أكبر ، لأن المريض يكون قادراً على التعرف على الرابطة بين الاتجاهات اللاعقلانية الحالية والحالات الانفعالية السابقة . وتنقل عملية الإعادة إلى دائرة الوعى ، وغالباً لأول مرة ، درجات من الانفعال سبق أن حبست عن الشعور . وهى غالباً خبرة علاجية عالية الفعالية ، رغم أنها قد تنتج إحساساً بالمشقة والضغط لا يمكن تجنبه . وقد تأخذ هذه العملية صورة حركية تتمثل فى خبرة دفعة لا شعورية من خلال نشاط فيزيقى . ومن ذلك مثلاً الشلل الهستيرى والمرض السيكوسوماتى وحالات القلق ، إلخ . ولذلك فإن محاولات تتم لاستثارة الحالة الانفعالية التى تشير إليها الحالة الفيزيقية للمريض .

دور القائد : وهو دور هام يؤدى أحياناً إلى استجابة زائدة من قبل المرضى لسلوك المعالج ، أو أن يخلعوا عليه قدرات سحرية لا يمكنه تحقيقها . ويتعين على المعالج الجماعى أن يكون على علم ودراية بأسباب وتشخيص الأمراض العقلية والنفسية ومختلف طرق العلاج ، فلا تقتصر معرفته على العلاج الجماعى ، وذلك حتى يمكنه تقرير من الذى يمكنه الإفادة من العلاج الجماعى . وفى العلاج الجماعى التحليلى ، يغلب أن يلعب المعالج تقليدياً دوراً سلبياً بوصفه شاشة محايدة يسقط عليها الجميع أفكارهم ومشاعرهم . إلّا أنه قد يكون من الضرورى غالباً أن يلعب المعالج دوراً نشطاً يتضمن تقديم تفسيرات وتدخلات مفتوحة وأن يظهر اتجاهاً شخصياً مبالياً . وهو يقيم فى البداية خطوط اتصال بين أعضاء الجماعة . وتكشف بعض البحوث عن عدد من أنماط أبنية الاتصال فى الجماعات العلاجية منها الاتصال المتمركز – حول – القائد والذى قد يكون أفقياً (ليس فيه اتصال بين الأعضاء) أو مثلثياً (يتصل فيه الأعضاء بعضهم بالبعض الآخر مع التمركز – حول – القائد) . وقد يتضمن نمط الاتصال إنكاراً للسلطة قد يأخذ بدوره نمط الاتصال الأفقى أو يكون اتصالاً غير محدد البناء .

الأساليب العلاجية فى العلاج الجماعى

وهى أساليب تستمد من المدرسة العلاجية التى ينتمى إليها المعالج . ومهمته هى أن يحسن اختيار الأسلوب المناسب لمشكلات أعضاء الجماعة أو الجماعة ككل لتحقيق الأهداف العلاجية ، وذلك على أساس فهم الأسلوب المعين وقدرته على إحداث التغيير المطلوب . ومن هذه الأساليب :

تحليل الأحلام : رغم أن فرويد استخدم تحليل الأحلام فى العلاج الفردى ، إلّا أنه يمكن استخدامه فى الجماعة مع تعديلات بسيطة . وقد ذكر فرويد عدداً من الإجراءات لهذا الغرض منها : (١) أن يتداعى الحالم مع عناصر الحلم بترتيب حدوثها ؛ (٢) أن يتداعى الحالم مع عنصر معين من اختياره أو من اختيار المعالج ؛ (٣) تجاهل مضمون الحلم كلية والسؤال عن أى أحداث اليوم السابق ترتبط بالحلم ؛ (٤) تجنب إعطاء أى تعليمات وترك الأمر للمريض كى يبدأ بما يراه . ويمكن استخدام كل هذه الإجراءات فى الجماعة . ولكن التداعيات هنا تصدر من كل أعضائها الذين يمكنهم أيضاً إعطاء توجيهات . وقد يطلب من كل عضو أن يقدم تفسيره للحلم وأن تناقش هذه التفسيرات جماعياً . ونظراً لأن الحلم ليس نشاطاً مقصوداً ، فإن المريض قد لا يشعر بالمسئولية عنه ، ومن ثم يمكن أن يكون الحلم مادة اتصال لموضوعات قد يعجز المريض عن التعبير عنها بغير هذا الطريق . وقد لوحظ أنه بعد خبرة الجماعة يتغير مضمون أحلامهم فتظهر فيها نماذج بشرية أكثر وعلاقات بينشخصية أكثر . وقد استخدم تحليل الأحلام أكثر ما استخدم فى الإطار التحليلى ولكنه يستخدم أيضاً فى جماعات العلاج الجشتالتى حيث قد يمثل الحلم من قبل أفراد الجماعة أو قد يقوم صاحب الحلم بتمثيل أجزاء مختلفة ويعلق عليها أعضاء الجماعة . إلّا أن تحليل الأحلام يقل استخدامه فى الأنواع الأخرى من العلاج الجماعى .

التداعى الحر : وهو يحدث داخل الجماعة حين تتبع فكرة لعضو فكرة أو مشاعر أبداها عضو آخر ودون ارتباط منطقى بالضرورة . والمعالج لا يوجه الجماعة فى ذلك ولكنه يشجع التلقائية ويحاول الكشف عن موضوع مشترك بين

مختلف التداعيات وأن يعكسه للجماعة وأن يدرس كيف ينطبق على كل عضو من أعضائها من خلال استثارة تداعيات تالية .

الدوران : يطلب المعالج من كل عضو فى الجماعة الاستجابة كل فى دوره لفكرة أو مشاعر أو أنماط سلوكية أو موضوع معين يقدمه هو أو يقدمه عضو فى الجماعة . وقد يكون الموضوع هو مشاعر الأعضاء نحو عضو معين ، فيقدم بذلك إرجاع أثر مكثف ومعلومات عن الطرح فضلاً عن تشجيعه للشبه فصامى وللسلبى .

العلاج المشارك cotherapy : وفيه يفترض أن يعمل معالجان بصورة لا تضع أياً منهما فى مركز سلطة أعلى من الآخر ، كما أنهما قد يقدما لأعضاء الجماعة إذا كانا من جنسين مختلفين ، بديلين لنموذجى الأب والأم . وحتى إذا كان المعالجان من نفس الجنس ، فإن أحدهما يغلب أن ينظر إليه بأنه ينزع إلى المجابهة والتفسير وأنه يمثل النموذج الذكرى ، بينما يميل الآخر إلى استثارة الانفعالات ويمثل النموذج الأنثوى . وكذلك يستثير الطراز القيادى لكل منهما وخصائصهما الشخصية بصرف النظر عن الجنس استجابات طرحية . ويسمح وجود معالجين بملاحظة تفاعلات أكثر ، كما أن كلا منهما يمكن أن يكشف النقاط العمياء فى الآخر مما يقلل من التأثير السلبى للطرح المضاد على الجماعة . ولا يتحتم أن ينتمى المعالجان إلى نفس الإطار النظرى ولكن يتعين أن تكون تدخلاتهما مكملة كل منها للآخر ، وفى ذلك فائدة أكبر للجماعة ، ولكن لا يجب إطلاقاً أن يصدما أمام الجماعة .

العضو الجديد : يمكن لعضو جديد أن ينضم إلى الجماعة وأن يتكامل معها بسرعة ولكن يمكن أيضاً أن يتعرض لعدائية ظاهرة أو غير ظاهرة . وسوف تسهل مهمة المعالج إذا كان العضو الجديد موضع ترحيب ولكن الجماعة قد ترحب به لأنها تسعى إلى تجنيد حليف يساندها ضد معالج استبدادى . أما إذا تجاهل أعضاء الجماعة العضو الجديد أو استمروا فى مناقشة موضوعات قديمة لا يعرف العضو الجديد شيئا عنها ، فإنه يتعين على المعالج أن يشير إلى هذه العدائية وأن يوضح دلالاتها ، وعليه أن يحمى العضو الجديد . وقد ترى الجماعة فى العضو الجديد نموذج الشقيق مما قد يحيى صراعات عائلية لدى بعض الأعضاء أو قد تكون خصائص العضو

الجديد مثيرة للعدائية . ولكن ليس هناك كسب علاجى إذا جابهت الجماعة أو المعالج العضو الجديد بملاحظاتها السلبية من الجلسة الأولى .

التفعيل acting out : قد يحاول العضو تجنب التوتر من خلال النشاط الجنسى أو العدوانى عادة . ولكن التخفف الذى قد يحس به وقتى ولن يقدم حلاً دائماً للصراع الذى أدى بالمريض إلى العجز عن تأجيل الإشباع أو تحمل الإحباط . وقد ينخرط عضوان فى نشاط جنسى خارج الجماعة ، وبالطبع يصعب أن يكون ذلك مادة للنقاش ولكنه قد يكون بدافع الرغبة فى الحصول على حليف لوقايته من عدائية حقيقية أو متخيلة من الآخرين ، أو قد يكون بدافع الرغبة فى إظهار قوة جنسية لإنكار مشاعر نقص الكفاءة : جنسية أو غير جنسية أو قد يكون بدافع الحاجة إلى تكوين علاقة حميمة . وقد كان فرويد يرى أن مثل هذا النشاط يقضى على الجماعة . وبعامة ، فإن الجماعات العلاجية تحظر عادة النشاط الجنسى أو العدوانى ، ولكن حين يحدث ذلك ، يحلل المعالج هذا السلوك . وقد يكون الحظر المطلق غير علاجى لأنه يكرر خبرات المرضى الذين تعرضوا للخطر من نماذج والدية كابتة . والموقف الأمثل هو الموقف المحايد الذى لا يشجع ولا يحظر ، وأن يكون المناخ العام مما يسمح بالتنفيس العلنى عن مشاعر التجاذب أو العدوانية ، فتقدم للمعالج وللأعضاء الفرصة للقيام بتفسيرات معقولة فى الوقت المناسب .

الجلسات البديلة والبعدية : يمكن عقد جلسات بدون حضور المعالج ، إمّا بعد الجلسة مباشرة أو بعدها بأيام وباتفاق بين الأعضاء على الزمان والمكان . وتمتاز الجلسات البعدية ، بأن نسبة الحضور فيها تكون أعلى وأن الموضوعات تكون جاهزة . وتفيد هذه الجلسات فى زيادة ثقة الأعضاء بقدراتهم الذاتية وبإعطاء الفرصة للأعضاء لملاحظة الفروق فى السلوك فى وجود المعالج وفى عدم وجوده .

التسجيلات الألكترونية : استخدمت على نطاق واسع التسجيلات الصوتية وتسجيلات الفيديو التى يمكن الاحتفاظ بها ثم عرضها بعد فترة لزيادة حساسية الفرد نحو سلوكه فى الجماعة أو لتقييم التغير الواقع بعد فترة .

الصور الفوتوغرافية والسينمائية : يحضر كل عضو بالدور صوراً أو أفلاماً عن الماضى أو عن الحاضر لعرضها على الجماعة وتلقى انطباعاتها عن محتوياتها . وما لا يعرض قد يكون له أهمية تعادل ما يعرض . ويذكر سادوك (٢٣ ، ص ١٤١٧) أنه قد استخدم هذا الأسلوب بفعالية .

إنهاء العلاقة العلاجية : يفترض أن إنهاء العلاقة العلاجية يعنى تحقيق أهدافها . ويتم ذلك عادة باتفاق العضو والمعالج والجماعة. أما إذا انقطع العضو قبل ذلك فيعتبر من « المتساقطين drop-out » ، ويفترض أنه لم يستفد من الخبرة الجماعية رغم أن ذلك قد لا يكون صحيحاً بالضرورة دائماً . ورغم أن إنهاء العلاقة بنجاح هو غاية كل عضو ، إلا أنه قد تصاحب تحقيق ذك مشاكل بالغة الصعوبة يتعين أن يكون المعالج واعياً بها . فقد يحس بعض الأعضاء بالرغبة فى التنافس مع عضو ، أو قد لا يتحمل البعض فراقه ويحسون أنه قد تخلى عنهم ، بينما يتصرف البعض الآخر كما لو كان هذا العضو قد مات ويحسون بالحزن العميق. ولذلك يتعين التمهيد لذلك بوقت يتراوح من شهرين إلى ثلاثة (من ٨ إلى ١٢ جلسة) لاستطلاع مختلف الأسباب والظروف وتحليلها وشرحها . والإنتهاء الناجح للعلاقة يمكن أن يكون مصدر تشجيع للكل .

العلاجى الجماعى المختصر : ويتراوح عدد الجلسات فيها من ٢ أو ٣ إلى ٥٠ جلسة . وإذا كانت الجلسات تعقد فى مستشفى يقيم به المريض فإن العدد يتحدد بإقامته فى المستشفى . وفى غير ذلك يكون هناك قدر أكبر من المرونة . إلّا أن العلاج داخل المستشفى يفيد فى تقوية دافع المريض إلى التحسن وتقليل الاعتمادية وتحسين التوافق فى المستشفى بعامة . ويكون للجماعة القصيرة المدى فعالية أكبر إذا كان تركيبها مستقراً ومتجانساً من حيث نوع المشكلات ، وتكون واضحة فى أهدافها للأعضاء وللجماعة ككل . ويتعين على المعالج أن يعمل على زيادة تماسك الجماعة قدر الإمكان وأن يشجع كل عضو على الانفتاح والتعبير عن مشاعره وأفكاره بحرية . فإذا ما نشأت مشاعر عدائية ، فإن المعالج يفسر التفاعل ويحمى العضو الذى توجه إليه المشاعر العدائية . وعلى العموم يحاول المعالج إشاعة جو من التفاؤل وأن يحث على الجهد المركز للإفادة من الوقت المحدود . فإذا ما أحتج عضو بأن الزمن المتاح قصير ، تعين فحص هذه المشاعر . وفى كل الحالات يتعين إتاحة الفرصة للانخراط فى جماعة أطول مدى .

الجماعات الداخلية in-patient groups : وهى تستخدم بطريقتين : (١) تحسين الاتصال بين العاملين فى مختلف خدمات الاستشارات عن طريق تحسين الاتصال بين الأطباء والاخصائيين النفسيين المعالجين وغيرهم من العاملين فى المستشفى ؛ (٢) تحسين الخبرة العلاجية للمرضى المقيمين . ويفيد المرضى من وعيهم بأن الآخرين يعانون مما يعانون . كما يناقش روتين العمل اليومى فى المستشفى وتجرى الاستعدادات فى الجماعة بفعالية العمليات مثل العلاج الكهربائى أو الجراحة المخية. ونظراً لأن متوسط فترة الإقامة بالمستشفى تتراوح من ١٤ إلى ٢١ يوماً فى العادة ، فإن الجماعات الداخلية تكون من النوع القصير المدى ، ويتعين أن تركز على مشكلات معينة وليس على علاج طويل المدى ، ومنها مثلاً برامج إزالة آثار التسمم الناشىء عن الاعتمادية على الكحوليات أو المخدرات .

الجمع بين العلاج الفردى والعلاج الجماعى : يتلقى المريض علاجاً فردياً لمرات تتراوح من مرة واحدة إلى خمس مرات فى الأسبوع مع علاج جماعى مرة واحدة فى الأسبوع لمدة ساعة أو ساعتين . وعادة يكون المعالج هو نفس الشخص فى الموقفين . ولكن قد يكونا شخصين مختلفين ، وهى طريقة تعرف غالباً باسم « العلاج المشترك » conjoint therapy . وتتفاوت الجماعات فى الحجم ، ولكن الحجم الأمثل هو عشرة أفراد لمعظم الجماعات . وعادة يطلب من المريض الانتظام فى حضور النوعين من العلاج ، إذ أن الهدف هو أن يكمل كل منهما الآخر فى عملية تبادل لإرجاع الأثر . ومن المؤشرات التى يستعان بها فى اختيار وتنظيم الجماعة أن يكون المرضى ممن يعانون من صراعات بينشخصية ممن يمكن أن يفيدوا من القدرة على اختيار طرق جديدة للارتباط بموقف جماعى أو ممن لديهم مستوى مرتفع من القلق من السلطة ويمكن التخفف منه فى الموقف الجماعى . ويصلح الجمع بين النوعين من العلاج أيضاً مع المرضى فى بعض الفئات الاكلينيكة مثل اضطرابات الشخصية النرجسية واضطرابات الشخصية البينية ، والجنسية المثلية الذكرية واضطرابات الشخصية شبه الفصامية واضطرابات الشخصية الاعتمادية واضطرابات الشخصية السلبية — العدوانية والمرضى المقبولين للتحليل النفسى ولكن ينقصهم الوقت أو المال والأشخاص فى المرحلة النهائية من العلاج النفسى .

وحين يستقر المعالج على اختيار مريض معين ، يقدم له فكرة الجلسة الجماعية ويوضح له أن العلاج الجماعى يمكن أن يكون إضافة مفيدة . ورغم أن معظم المرضى يقبلون الفكرة فى النهاية ، إلّا أن استجابتهم الأولى قد تكون قلقاً ومقاومة . وقد يحس المريض بأنه منبوذ من المعالج . وهو ما يشير إلى أهمية التوقيت فى تقويم مفهوم الجماعة العلاجية . ويفيد العلاج الفردى فى إتاحة الفرصة للفحص المتعمق لأفكار ومشاعر العميل وأعضاء الجماعة ، وتشجيع العضو على الانفتاح فى الجماعة كما هو فى العلاج الفردى . كما تتيح الجلسات الفردية الفرصة لظهور وفحص عصاب الطرح وتيسير تقديم العضو للجماعة وبخاصة إذا كان المعالج هو نفس الشخص فى الموقفين الفردى والجماعى .

ويمكن للمعالج أن يقارن بين سلوك العميل فى الموقف الفردى والموقف الجماعى الذى يحدث فيه طرح متعدد . فقد يرى العميل مثلاً فى المعالج الوالد الطيب وفى الجماعة الوالد السيء أو العكس . وقد يكون منكمشاً فى الموقف الفردى (قلق السلطة) بينما يكون أكثر انفتاحاً فى الموقف الجماعى (تناقص مستوى القلق فى الأقران) . ويزداد الطرح تعقداً فى الجمع بين العلاج الفردى والجماعى لأنه يكون موجهاً للمرضى الآخرين كما يوجه للمعالج . وأحياناً قد تظل مشاعر المريض نحو المعالج لا شعورية وتزاح على عضو فى الجماعة . وقد يحدث العكس ، فقد يستطيع المريض التعبير عن مشاعره نحو المعالج فقط بينما يجب واقعياً أن توجه نحو عضو فى الجماعة . ولذلك يتعين فهم الطرح فى العلاج الفردى قدر الإمكان قبل أن يبدأ المريض العلاج الجماعى . ومن الظواهر الخاصة الفريدة فى العلاج المشترك « انقسام الطرح » فينظر إلى المعالج بوصفه « الوالد الطيب » وإلى الجماعة بوصفها « الوالد غير الطيب » أو قد يحدث العكس . وفى هذا الموقف ، يتعين أن يقوم المعالج بالتفسير الصحيح فى كل من الموقفين بحيث يمكن توضيح التحريف والعمل المتواصل للتعامل معه التعامل الصحيح . ويسمح الموقف الفردى بفحص أكثر موضوعية وحيطة للاستجابات الطرحية التى يمكن أن تحدث فى الجماعة . والنكوص أكثر شيوعاً فى الموقف الفردى (٢٣ ، ٤١٢١) .

ويمكن أن تساعد الجماعة فى التغلب على المقاومة بفضل التفسيرات الجماعية والمجابهات . إلّا أنه إذا لوحظ غياب المريض عن الجلسات الجماعية تعين

أن يساعده المعالج فى الجلسات الفردية . وبالمثل ، إذا غاب عن الجلسات الفردية كان ذلك علامة سيئة . والمهم أن يواظب المريض فى هذا النوع من العلاج على كل من الجلسات الفردية والجماعية . وإذا كانت الجماعة تركز على الدفاعات المختلفة التى يستخدمها المريض فإن العلاج الفردى يفحص الصراع السيكولوجى الكامن وراء هذه الدفاعات أصلاً ، وبذلك يخدم كقوة استقرار تحول دون وصول قلق المريض إلى مستويات يصعب تحملها ، كما أنه يمكن فيها مواصلة العمل للتحكم فى السلوك العدوانى الذى يظهر فى الجماعة العلاجية .

وإذا كانت المقاومة التى تحول دون الاستبصار تقل فى العلاج المشترك ، فإن الاستبصار أيضاً يصبح أكثر يسراً فى العلاج المشترك . ويكتسب الاستبصار من خلال تغييرات فى كل من التصورات والسلوك . والمفاهيم المصاغة يمكن استطلاعها فى العلاج الفردى ، والخبرة يمكن تشكيلها وصياغتها فى مفاهيم خلال العلاج الجماعى . فالجماعة تعطى المريض الفرصة لاختبار وتدعيم الاستبصار المكتسب فى العلاج الفردى .

وفى العلاج المشترك يصدر التفسير من أعضاء الجماعة ومن المعالج الذى يقيم تفسيرات الأعضاء ويضعها فى المنظور الصحيح . ويتطلب ذلك مهارة فائقة لأن التفسيرات تتناول عمليات لا شعورية حساسة ، كما يتعين عليه أن يقوم بهذا التقويم فى الوقت المناسب من حيث تقدم المرضى واستعدادتهم . ويمكنه أن يصحح من التأثير السىء لتفسير مدمر قد يقدمه عضو فى الجماعة .

والتفعيل سواء كان جنسياً أو عدوانياً يغلب أن يكون فى الجانب الجماعى من العلاج المشترك . ويتفق معظم المعالجين على أنه مضاد ومعوق لأهداف العلاج . ويميلون إلى عدم التصريح به . إلّا أن البعض الآخر يترك ذلك للمرضى أنفسهم .

وفى العلاج المشترك يمكن استخدام كل الأساليب ، وقد تستخدم الأريكة أو الكرسى فى العلاج التحليلى الفردى . ويتعين أن تكون السرية مكفولة فى كل من العلاج الفردى والعلاج الجماعى . ويجب ألا يكشف المعالج فى الجلسة الجماعية المواد التى أثيرت فى العلاج الفردى إلّا إذا كشف عنها المريض نفسه فى الجماعة . ويمكن طرد العضو إذا خرق السرية .

تطبيقات العلاج الجماعى فى الفئات الاكلينيكية المختلفة

يصعب فى ضوء تباين كل من النتائج الناجحة والفاشلة فى علاج فئات متنوعة من المرضى القطع بقدر كبير من الدقة بما إذا كانت أنواع معينة من المرضى تستجيب لنوع معين من العلاج ، إلّا أنه يمكن تقرير بعض المؤشرات عما يمكن توقعه بالنسبة لفئات مرضية معينة (٢٣ ، ص ١٤٨٤) .

الفصام : يمكن للخبرة الجماعية أن تقدم للفصامى مناخاً علاجياً يساند التوجه الواقعى ويشجع على الارتباط بالآخرين لمقاومة مشاعر المريض بالخوف وعدم الثقة . وقد تكون الجماعة العلاجية هى الفرصة الوحيدة للكثير من الفصاميين لخبرة تنشئة اجتماعية . وإذا كان العلاج الجماعى للفصاميين صعباً ، فإن ذلك يرجع إلى اجراءات فنية معينة أكثر من أن يكون ذلك راجعاً إلى المناخ الجماعى . وقد يتفاعل مرضى آخرون ويفسرون بطريقة تهدد النظام الدفاعى لمريض معين ، ويتعين أن يكون المعالج على حذر للتغلب على هذه الصعوبة ، وهذا علماً بأن من عوامل الاطمئنان هو أن الفصامى فى الجماعة العلاجية يكون أكثر توجهاً حول القائد منه حول الرفاق ، وهو يتعرض أكثر لتفسيرات القائد .

الاضطرابات الوجدانية : ليس من المستصوب إلحاق أصحاب حالات الاكتئاب الحادة والتى تتطلب قدراً كبيراً من المساندة الانفعالية فى جماعة علاجية كخطوة علاجية أولى ، لأن ذلك قد يزيد من حدة المشكلة نتيجة صعوبة حصول المريض فى هذه الفئة على العناية الكافية . وينطبق ذلك بخاصة على الحالات التى يكون فيها الانتحار أمراً وارداً والتى يكون فيها الالحاق بالمستشفى أفضل من العلاج الجماعى الخارجى . ولا يجب إلحاق مثل هذا المريض بجماعة علاجية إلّا بعد أن يكون قد كون علاقة إيجابية قوية مع المعالج ، وإذا تطلب الأمر – قد حصل على علاج طبى عقاقيرى مضاد للاكتئاب .

حالات البارانويا : وهم الذين يعانون من الهواجس من النوع الاضطهادى غالباً ، وهم يقاومون عادة كل صور العلاج النفسى . وحين يكون هناك خطر أن يدمج المرضى الجماعة فى هواجسهم البارنويدية ، فليس من المحتمل

أن يكون لاختبار الواقع فعالية . ولكن فى الحالات الأقل شدة ومنها الشخصية البارانويدية القادرة على التأثر بالجماعة ، فإن العلاج الجماعى قد يكون أفضل من العلاج الفردى . فالبارانويدى ينزع إلى التشكك والغيرة وأن يوجه اللوم إلى الآخرين وهو سلوك ينتج عن استخدام الميكانيزم الدفاعى : الاسقاط وهو ميكانيزم يمكن أن يستجيب للتدخل الجماعى .

العصاب : وهم يكونون عادة واعين بصعوباتهم التى يعبر عنها فى صورة قلق ، كما يتوفر لديهم الدافع للتحرر من أعراضهم . وقد استخدم بنجاح العلاج الجماعى التحليلى فى معظم فئات العصاب ، كما استخدم حديثاً العلاج السلوكى الجماعى فى علاج المخاوف المرضية باستخدام الأشراط الإجرائى وإزالة الحساسية . وكذلك عولجت بنجاح حالات الأجورافوبيا من خلال مشاركة أعضاء الجماعة للمريض فى محاولاته .

اضطرابات الشخصية : يكون الشخص فى هذه الفئة على غير وعى بنمط حياته اللاتواؤمى فى السلوك . وهو يشكو عادة من مشاعر غامضة من عدم الرضا بالحياة ، وفى نفس الوقت ينكر أو يبرر سلوكه اللاتواؤمى . ويكون العلاج الجماعى مناسباً جداً لمثل تلك الحالات لأنه حين يظهر المريض أنماطه السلوكية المميزة فى الجماعة ، فإنها تعكس له تأثير هذه الأنماط على علاقاته مع الآخرين وهى إما أن تكون سيئة أو معدومة . وهذه المجابهة العنيفة قد ترغم المريض على النظر فى سلوكه . وحينما يدرك أن هذا السلوك باثولوجى فإنه يكون مستعداً لكسب بعض البصر وللتغير . ومن الفئات التى تندرج تحت « اضطرابات الشخصية » ما يلى :

(أ) الشخصية فصامية الطراز schizotypal : يكون الشخص عادة خجولاً مفرط الحساسية يتجنب التنافس مع الآخرين كما يتجنب إقامة علاقات حميمة معهم . وهو يشعر بأنه مرفوض دون سبب ظاهر ولكنه يفضل الصمت فيما يتصل بهذه المشاعر . ويحسن أن يستخدم مع المرضى فى هذه الفئة أسلوب « الدوران » لتشجيعهم على المشاركة .

(ب) الشخصية البينية borderline : يتسم الأفراد فى هذه الفئة بتقلب الحالة المزاجية وتناقض المشاعر وانعدام التعاطف مع الآخرين . ولذلك فإنهم

يستثيرون مشاعر عدائية من الآخرين . وهم ينزعون إلى تصنيف الآخرين في قوالب نمطية جامدة . ولهم أصدقاؤهم وأعداؤهم . ويتعين مساعدتهم في جلسات فردية تمهيداً لعلاجهم في جماعة أو أن يكون العلاج الفردي مصاحباً للعلاج الجماعي .

(جـ) الشخصية الفصامية schizoid : الأفراد في هذه الفئة ليس لهم أصدقاء غالباً . وقد يبدو أنهم شبيهون بالأفراد في فئة « الشخصية فصامية الطراز » ، ولكنهم يكونون أسهل في التعامل معهم لأنهم لا يملكون القدرة على التفكير والمشاعر والإدراك المتوفرة لدى الفئة الفصامية الطراز . ويهيىء العلاج الجماعي للأفراد في هذه الفئة فرصاً طيبة للتغلب على الخوف من العلاقات الحميمة .

(د) الشخصية السلبية – العدوانية : يتميز الأفراد في هذه الفئة إما بالسلبية أو بالعدوانية . وفي كل من الحالتين ، يمكن للجماعة أن يكون لها تأثيرها العلاجي من خلال توعية المريض بما قد ينكره أو يبرره شعورياً .

(هـ) الشخصية الاعتمادية dependent : تقدم الجماعة للأفراد في هذه الفئة علاقات متعددة تقلل من قلقه ومن حاجته إلى السلوك اللاتواؤمي .

(و) الشخصية المتجنبة avoidant : شخص قلق وخائف ، يتجنب المواقف الجديدة والضغوط من خلال فرص التدريب على تأكيد الذات .

(ز) الشخصية المعادية اجتماعياً anti-social : شخص ينقصه الشعور بالمسئولية ، عاجز عن الولاء للأفراد وللجماعة . مثل هؤلاء لا يصلح معهم العلاج الجماعي غالباً لأنهم عاجزون عن التعلم من الخبرة . ولكن استخدام الجماعة في المؤسسات العقابية تحت ضغوط شديدة ومن أشخاص مماثلين ومن خلال مجابهات عنيفة قد يقدم الفرصة لتعبئة محاولات التأمل في الذات .

اضطرابات ضبط الدفعات disorders of impulse control : وهؤلاء قد ينفجرون في عدوانية فيزيقية تشكل خطراً على أعضاء الجماعة الآخرين . ولذلك لا يصلح معهم العلاج الجماعي . ولكن بعض جماعات « لقاء المواجهة »

encounter قد تهيىء فرصة للتعبير اللفظى بدلاً من التفعيل . وقد يفيد أفراد متجانسون مثلاً فى الاعتمادية على العقاقير من جماعة متجانسة فى نوعية مشكلات أفرادها ، حيث يتبادلون المساندة ويتعلم كل منهم من الآخر عما سبب هذه الاعتمادية وكيف يمكن التحكم فيها .

اضطرابات المراهقة : وتصلح لعلاجها الجماعات العلاجية لأنها تقدم المساندة من جماعة الرفاق ، بل إن ساليفان افترض أنه إذا لم يمر المراهق بخبرة مع الرفاق ، فإنه قد يتعرض لقيام فصام ظاهر : ومن ثم فإن الجماعة يمكن أن تحقق أهدافاً وقائية فضلاً عن الأهداف العلاجية .

مشكلات أخرى : بذلت محاولات لعلاج أنواع أخرى من المشكلات من خلال العلاج الجماعى ومنها : الجنسية المثلية ؛ هوية النوع ؛ الكحولية والاعتمادية على العقاقير ؛ اضطرابات القلب ؛ جنوح الأحداث ؛ المسنون والمرضى بالسرطان ؛ إلخ ..

البحوث فى الطرق الجماعية :

وهى بحوث قليلة نتيجة لصعوبات منهجية وعدم توفر أدوات القياس . ولكن ما أجرى منها (٢٣ ، ص ١٤١٩) يوضح أن تماسك الجماعة عامل أساسى فى زيادة فعالية الطرق الجماعية ، وأن المعالج الذى يحافظ على هذا التماسك ويحمى العضو الذى يستخدم « كبش فداء » ويتميز بالتعاطف الوجدانى والمساندة يكون أكثر فعالية من المعالج التسلطى الذى ينزع إلى الاستعانة بالمجابهة .

وكذلك تتأثر فعالية العلاج الجماعى بحسن الاختيار والأعداد للخبرة الجماعية . وتشير البحوث كذلك إلى أن الجماعات غير المتجانسة والتى يتراوح عدد أفرادها من ٥ إلى ١٠ تكون أكثر فعالية . ولكن الجماعات المتجانسة أفضل فى حالات الاعتمادية على العقاقير مثلاً . وفى بحث وجد أن الفصاميين الذين تلقوا علاجاً جماعياً كانت نسبة من عاد منهم إلى المستشفى أقل بمقدار دال من أولئك الذين تلقوا علاجاً فردياً ، كما أنهم تفوقوا فى الفعالية الاجتماعية والسلوك .

وتشير البحوث كذلك إلى أن الجمع بين العلاج الجماعى والعلاج الدوائى أكثر فعالية ، وإلى أن التساقط من العلاج المشترك أقل من التساقط فى العلاج الجماعى . ويتعين أن يكون المعالج خبيراً فى كل منهما .

المناهج والطرق العلاجية الأخرى :

يجد القارىء المهتم عرضاً ومناقشة للعلاج الجماعى فى إطار مدارس علاجية أخرى ، ومقارنات بين مختلف المناهج إما فى فصول تالية فى هذا الكتاب أو فى كتب أخرى سابقة أو لاحقة(*) .

انظر . لويس كامل مليكه « العلاج السلوكى وتعديل السلوك » . دار القلم ، الكويت ، ١٩٩٠ .
ومكتبة النهضة المصرية ، ٩ شارع عدلى ، القاهرة ١٩٩٤.

الفصل الخامس

العلاج المتمركز – حول – العميل

مقـدمـة :

تقف مدرسة روجرز فى العلاج النفسى فى مقدمة صفوف ما يطلق عليه اليوم « القوة الثالثة » فى علم النفس ، وهى تضم المدارس المختلفة التى تندرج تحت عنوان « الحركة الإنسانية » فى علم النفس أو « علم النفس الإنسانى » . ويستند انتماء روجرز إلى « القوة الثالثة » (مقابل التحليل النفسى والسلوكية) إلى إصراره على كرامة وقيمة الشخص الفرد فى سعيه إلى النمو ، وإلى ضرورة قيام علم نفس يعتبر كرامة الفرد وقيمته ذات أولوية . وقد دفعته هذه الاعتبارات إلى تغيير اسم مدرسته إلى « العلاج المتمركز – حول – الشخص » . ويقوم منهج روجرز « العلاج المتمركز – حول – العميل » على أساس فرضية مركزية هى أن إمكانية النمو لدى أى فرد سوف تنطلق فى إطار علاقة يخبر فيها القائم بمساعدة العميل الواقع ، وينقل هذا الواقع إلى العميل ، ويعبر عن اهتمامه وفهمه دون إصدار أحكام . وهو منهج يركز اهتمامه حول « العملية » ويستمد فرضياته من المادة الخام للخبرة العلاجية ومن المقابلات المسجلة كتابة أو صوتياً وبصرياً ، ويمكن وضع كل فرضياته موضع الاختبار التجريبى ، كما أن لهذا المنهج تطبيقات فى كل مجال من مجالات عمل الإنسان وجهده حيث يكون النمو السيكولوجى السليم هو الهدف (١٧ ، ص ١٢٠) .

ويمكن للباحث أن يلمس فى نظرية روجرز ملامح من تعاليم الشرق التى تقوم على تحرير حياة الإنسان دون فرض أو تدخل ، ومنها تعاليم « زن » التى تصر على أن الفرد يجد اجاباته عن تساؤلاته فى داخله . وقد تأثر روجرز بفلسفة ديوى وبخاصة عن طريق أعمال كيلباتريك ، وبأفكار اوتورانك وبالفلسفة الوجودية وبخاصة أعمال مارتن بيوبر وكيركجارد . وكذلك يمكن ملاحظة أوجه شبه بين نظرية روجرز ونظرية الجشتالت ، فيقترب منهج روجرز من النظرة المجالية أكثر

مما يقترب من النظرة الفرويدية ، إذ يقوم على أساس الحاضر وليس على أساس الماضى . وكذلك يلمس الفاحص تأثر روجرز بالفردية الأمريكية والاعتقاد فى الاعتماد على الذات ، وأن الفرد يمكن أن يتعلم وأن يعمل ما هو ضرورى له أن يتعلمه وأن يعمله . إلّا أنه يجب مراعاة أن كل هذه المؤثرات — فيما عدا تأثير أوتورانك — لم تلعب دورها فى صياغة نظرية روجرز بصورة مباشرة ، وكلها تمثل أوجه شبه بين النظرية وهذه المؤثرات .

البـدايـات :

التحق كارل روجرز بكلية المعلمين بجامعة كولمبيا بينويورك حيث تتلمذ على الفيلسوف كيلباتريك رفيق ديوى ، وعلى الأستاذة ليتاهو لنجورث فى علم النفس الاكلينيكى . والتحق بعد ذلك للتدريب على العلاج فى معهد توجيه الطفل حيث التقى بعدد من المحللين الفرويديين ومنهم دافيد ليفى ولاوسون لورى . ويذكر روجرز أنه أحس بوضوح بالفرق الكبير بين التفكير الفرويدى التأملى والتفكير الإحصائى الثورنديكى فى كولمبيا . وبعد أن حصل على الدكتوراه عام ١٩٣١ ، التحق لمدة ١٢ عاماً بقسم دراسة الطفل فى مؤسسة اجتماعية فى روشستر ، حيث تعرف على فكر اوتورانك عن طريق الاخصائيين الاجتماعيين الذين كانوا يعملون معه والذين تدربوا على طريقة رانك فى فيلادلفيا . وفى روشستر ، تبلور فكر روجرز والذى تكاملت فيه أفكار رانك عن أن الفرد يملك قدرات للتوجيه الذاتى تنبثق من خلال العلاج ، وإيمان روجرز العميق بكرامة الفرد وبالمنهج العملى ، كل ذلك مصقولاً بخبراته مع العملاء . وكان أول كتاب ظهر لروجرز عام ١٩٣٩ بعنوان The Clinical Treatment of the Problem Child إلّا أن البلورة الحقيقية للعلاج المتمركز — حول — العميل تمت بين عامى ١٩٣٧ ، ١٩٤١ وبخاصة حين انتقل من روشستر إلى جامعة أوهيو فى يناير ١٩٤٠ . وقد نشر كتابه : Counseling and Psychotherapy عام ١٩٤٢ فوجد صدى طيباً بين المشتغلين بالعلاج النفسى ، وكان أغلبهم ينتمون إما إلى التحليل النفسى وإما إلى العلاج الموجه directive والذين يهتمون باستخدام أدوات تشخيصية . وكل من المنهجين يعتمد على معرفة ومهارة المعالج . فالمريض يشخص ويصنف دون أن يؤخذ فى الاعتبار ما يعتقده عن نفسه . ورغم أن المعالج قد يعرف

مشكلة العميل ويعرف ما يجب عليه عمله ، إلّا أن هذه المعرفه وتوصيلها إلى العميل قد لا تكون فعالة فى تغيير سلوكه . وقد فضل روجرز استخدام مصطلح « الارشاد » بدلاً من العلاج تجنباً لإثارة الانفعالات والصدام مع الأطباء النفسيين . ورغم أن كتاب روجرز « الارشاد والعلاج النفسى » يصف المعالج بأنه يتسم بالدفء والاستجابية والتسامح ، إلّا أنه لازال غير حر فى أن يكون ذاته . وقد حدث هذا التطور فى النظر إلى المعالج بعد سنين من البحث والخبرة . وقد بدأ روجرز وتلامذته بحوثاً على نطاق واسع استخدمت فيها تسجيلات صوتية للجلسات العلاجية واستنبط نظام لتحليلها بقصد معرفة وفهم كيف ولماذا يتغير العميل فى عملية العلاج . وقد انتقل روجرز إلى جامعة شيكاغو عام ١٩٥١ حيث غير المصطلح : « العلاج غير الموجه » non-directive إلى « العلاج المتمركز — حول — العميل » client-centered ، تعبيراً عن الانتقال من التأكيد على الدور السلبى إلى الدور الإيجابى وعلى عوامل النمو فى العميل . وقد صاغ روجرز مصطلح « مفهوم الذات » self-concept والذى بدأه ريمى فى جامعة أوهيو ، وساعد على تطويره أسلوب ستيفنسون المعروف باسم "Q-sort" . وقد بدأ روجرز ينظر إلى الفرد العصابى بأنه شخص بنى مفهوم الذات لديه بصورة لا تتسم مع خبرته بوصفه كائناً عضوياً . وقد أسهمت هذه النظرة فى توجيه الاهتمام من جانب المعالج بالوجدانات الداخلية للعميل وما يكمن وراء كلماته من مشاعر ، وأن يحاول جعل الخبرات الكيانية للعميل صريحة وليست متضمنة . وقد نشر عام ١٩٥٤ كتاب روجرز Psychotherapy and Personality Change بالإضافة إلى عدد آخر من الكتب ظهرت بين عامى ١٩٥٤ ، ١٩٥٩ .

وحين انتقل روجرز عام ١٩٥٧ إلى جامعة ويسكونسين ، حاول هو وتلامذته اختبار مدى إمكانية تطبيق نظريته على الفصاميين . وقد أوضحت البحوث أنه إذا جعل المعالج خبراته الداخلية جزءاً من العلاقة العلاجية ، فإن العميل يحقق نتائج إيجابية .

الموقف الحالى : امتد تأثير فكر روجرز ومنهجه إلى ميادين عديدة فى العلاج والتوجيه والخدمة الاجتماعية والتربية والطب النفسى والعلاقات الصناعية و « تنمية المنظمة » والارشاد العائلى والارشاد الزواجى وعلاج أمراض الكلام والارشاد الدينى . كما ترجمت أعمال روجرز إلى عدد من اللغات الأخرى غير

الانجليزية . وقد ركز روجرز جهوده فى فترة أحدث نسبياً على تطبيق منهجه لتحقيق تقدم فى تنمية قدرات العلاقات الإنسانية لدى الأفراد العاديين وبخاصة دراسة تأثير الجماعة الصغيرة المتعمقة أو جماعة « اللقاء المواجه » encounter group فى تيسير تغيير الأفراد والمؤسسات . وقد نشر له عدد من الكتب تدور حول الفرد العادى . وقد بدأ هذه الأعمال فى المعهد الغربى للعلوم السلوكية Western Behavioral Science Institute فى لاهويا (La Jolla) فى كاليفورنيا عام ١٩٦٤ . وفى عام ١٩٦٨ أسس روجرز والمتعاونون معه « مركز دراسات الشخص » Center for Studies of the Person فى لاهويا . وفى تقدير البعض على الأقل (١٧ ، ص ١٢٥) فإن نظرية العلاج المتمركز – حول – العميل تقف اليوم صامدة على قدميها وفى طريقها نحو علم موحد للنمو الداخلى وللظروف التى تيسره . وسف تكون لنا عودة إلى تقويم مثل هذا التقدير بعد عرض للنظرية وتطبيقاتها وتطوراتها المعاصرة .

النظـــريــة

الفرضية الأساسية فى نظرية روجرز هى أنه إذا توفرت شروط معينة فى اتجاهات المعالج ومنها : الصدق الفهم المتعاطف والاحترام الإيجابى للعميل ، وإذا أدرك العميل هذه الاتجاهات ، فإن تغيرات إيجابية فى شخصية هذا الأخير سوف تحدث . وتسمح هذه الفرضية بتطبيقات فى مجال العلاقات الإنسانية على أوسع مدى ، وحيثما يسعى واحد من طرفى العلاقة أو كلاهما إلى فهم صادق أو تفتح نمو الفرد فى تفاعلهما (١٧ ، ص ١٢٤) وتستند هذه الفرضية إلى نظرة لطبيعة الإنسان ، وهى افتراض وجود قوة دافعة لديه ، هى النزعة إلى تحقيق الذات self-actualization ، أى « النزعة الموروثة لدى الكائن العضوى لإنماء كل إمكانياته بطرق تبقى على الكائن أو تحقق تقدمه » وهذه القوى النازعة إلى تحقيق الذات هى جزء من الطبيعة العضوية للإنسان . وتعمل هذه القوى نحو تحقيق الذات فى الوليد وفى الطفل ضد ظروف يفرضها الأشخاص الآخرون ذوو الأهمية فى حياته . ويطلق أحياناً على هذه الظروف « ظروف الاستحقاق » conditions of worth وهو مفهوم صاغه ستاندال ، وهى تنبىء الطفل بأنه سوف يكون

محبوباً ومقبولاً إذا انصاع لهذه المعايير المفروضة . وبذلك فهو يخلع قيمة موجبة أو سالبة على الخبرة على أساس هذه الظروف التى فرضت عليه ، وليس على أساس نجاحها أو فشلها فى تقدمه بوصفه كائناً . وبالرغم من أن الطفل قد فرض قيوداً على بواعثه العضوية ، إلّا أنه يخبرها حشوياً ، وبذلك ينشأ عدم اتساق incongruence بين القوى الساعية نحو تحقيق ذاته بوصفه كياناً وبين قدرته على ترجمتها إلى وعى وفعل .

ويحاول العلاج المتمركز – حول – العميل الإجابة عن سؤال هو : كيف يمكن للفرد أن يطلق قوى تحقيق الذات ، وأن يعترف بحكمة هذه القوى ؟ ويمكن تعريف هذا العلاج بصورة عامة بأنه « إطلاق قوى موجودة أصلاً لدى فرد يتسم بالكفاءة من حيث إمكانياته ، أى أنه إذا توفرت ظروف معينة ، فإن الفرد يسمح تدريجياً لقوى تحقيق الذات بالتغلب على المعوقات التى تمثلها داخلياً تحت ظروف الاستحقاق » . وهذه الظروف هى إدراك الفرد للعلاقة العلاجية بأنها علاقة تتسم بالصدق genuiness أو الانسجام congruence ، وبالفهم الدقيق المتعاطف accurate empathic understanding وبالاحترام الايجابى غير المشروط unconditional positive regard .

وفى تقدير روجرز ، فإن الصدق أو الانسجام هو الشرط أو الظرف الأساسى ، لأنه بدونه يصعب أن يتحقق الاحترام ، وبدون الاحترام ، لن يتحقق الفهم المتعاطف والتقبل . ويعنى الصدق والانسجام (التكامل) قدرة أساسية لدى المعالج لفهم خبراته الداخلية والسماح لهذه الخبرات بالظهور فى العلاقة العلاجية . فيستطيع أن يتابع التغير فى مجرى مشاعره وتقديم نفسه فى إطار الشفافية . ويتحقق الفهم الدقيق المتعاطف عن طريق خبراته الداخلية لمشاعر عميله . وبذلك يتكامل الصدق مع الفهم ، لا عن طريق خبرة مشاعر عميله فقط ، بل أيضاً عن طريق خبرة استجاباته الداخلية لهذه المشاعر . ومن خلال هذه العملية ، يمكن للمعالج غالباً أن يتجاوز كلمات العميل إلى المشاعر المتضمنة والتى تقف غالباً على حافة وعى العميل . ويقوم تعاطف المعالج مع العميل على أساس تقبل فرديته ورعايته دون إحساس بتملكه ، وهو ما يطلق عليه مصطلح « الاحترام الإيجابى غير المشروط » . ويستمد هذا الاتجاه جزئياً من ثقة المعالج فى قدرة الفرد على تحقيق ذاته ، وفى أن العميل سوف يمكنه أن يكتشف بنفسه

إمكانياته ووجهة نموه . ولا يأخذ هذا الاهتمام من جانب المعالج صورة نصح أو توجيه ، ولكنه يعبر عن إعجابه بفردية العميل أحياناً بصورة مباشرة ، وغالباً عن طريق الاستجابات التى تدل على صدق وفهم دون إصدار أحكام .

وقد أوضح عدد من الدراسات أن الكسب الذى يحققه العميل – طبقاً لمحكات متعددة على التغير – يرتبط ارتباطاً دالاً بتواجد اتجاهات الصدق والفهم المتعاطف الدقيق والاحترام الإيجابى من جانب المعالج لعميله (١٧ ، ص ١٢٧) . وقد شملت الدراسات التالية البعد الجديد فى نظرية العلاج – المتمركز – حول – العميل ، أى التصور الاجرائى للتغير فى شخصية العميل . وتفترض النظرية أن التغير يقع على مدى متصل ، إحدى نهايتيه تتمثل فى السلوك المتكرر الجامد الاستاتيكى ، بينما يمثل الطرف الآخر السلوك الذى يتغير بتغير الخبرات الداخلية . وتوضح بعض الدراسات أن المرضى (ومنهم الفصاميون) الأقدر على التفاعل على مستوى مرتفع على هذا البعد ، هم الذين أظهر المعالجون لهم بقدر أكبر الشروط الواجب توافرها فى المعالج الناجح طبقاً لنظرية روجرز (١٧ ، ص ١٢٧) .

الشخصية

نظرية الشخصية :

نمت نظرية روجرز فى الشخصية من الخبرة الاكلينيكية ومن البحوث التى قام بها أنصار هذه المدرسة فى عملية تغير الشخصية ، بدلاً من أن تكون امتداداً منطقياً لمعتقدات معينة عن الشخصية الإنسانية . ونظراً لأن المفاهيم النظرية قد نشأت عن خبرة بالعملية ، فإن النظرية اتخذت طابعاً مجالياً ، أى تواجد كل القوى الهامة فى مجال العلاقات المباشرة . وهى نظرية تغير وعلاج ، أى أنها تتناول الظروف المؤدية للتغير .

الوليد النامى : عالم الوليد هو عالم خبراته هو ، فما يخبره هو واقعه . وفى عالم كيانه ، فإن الوليد لديه قوة دافعة أساسية واحدة هى : النزعة إلى تحقيق الذات (أى النزعة الكامنة للكائن لإنماء قدراته بالطرق التى تصون أو تحقق تقدم

الكائن) . والوليد كذلك لديه قدرة كامنة للتقييم الإيجابى للخبرات التى يدرك أنها تحقق تقدمه بوصفه كائناً ، وللتقويم السلبى للخبرات التى يبدو أنها تضاد هذه النزعة إلى تحقيق الذات .

مفهوم الذات : مع تقدم نمو الوليد ، يبدأ فى تمييز خبراته والاحساس بأنه يملك ما يكون جزءاً من كيانه وحياته ، فينسب ملكية الخبرات الأخرى للأشخاص الآخرين وللأشياء الأخرى فى بيئته ، وبذلك فإنه يكتسب إحساساً بالذات يتكون من خبراته هو بوصفه كياناً يعمل فى بيئته ، وهذا هو ما يشكل مفهوم ذاته . ونمو مفهوم الذات عملية دينامية تتوقف إلى حد كبير على إدراك الفرد لخبراته فى بيئته . ويتأثر هذا الإدراك بحاجته إلى الاعتبار الذاتى وهى حاجة عامة ومستمرة لدى الكائنات الإنسانية يمكن إشباعها فقط عن طريق الآخرين المهمين له . ومن هذه الخبرات المعقدة من الإشباع أو الإحباط للحاجة إلى الاعتبار الإيجابى ، ينمى الفرد لديه إحساساً باعتبار الذات self-regard ، وهو حساس متعلم بالذات يقوم على أساس إدراكه للاعتبار الذى لقيه من الآخرين . والاحساس باعتبار الذات يصبح مركباً يؤثر فى سلوك الكائن الكلى ، وله حياة مستقلة عن الخبرات الحقيقية من اعتبار الآخرين له . ويتم ذلك عن طريق امتصاص الفرد لظروف الاستحقاق .

ظروف الاستحقاق : تتعارض حاجة الطفل إلى الاحتفاظ بحب والديه له مع حاجات كيانه ، حيث تتعارض أحياناً القيم التى يعيها بوصفه كائناً مع قيم والديه . فالسلوك الذى ينبع من حاجاته ورغباته الكيانية تتعارض أحياناً مع السلوك المقبول من الوالدين . وحين يحدث ذلك ، فإنه يبدأ فى أن يميز فى نظامه لاعتبار الذات بين الخبرات التى تستحق الاعتبار وبين الآخرين ذوى الدلالة وما لا يستحق الاعتبار . ويبدأ فى إنكار أو تجنب خبراته الكيانية التى تعلم أنها لا تستحق الاعتبار الإيجابى .

وتصبح الظروف المستدخلة أو الممتصة للاستحقاق جزءاً من نظامه لاعتبار الذات . وهو يخبر اعتبار الذات الإيجابى حين تتفق خبراته الذاتية مع الخبرات التى يتلقى لها اعتباراً إيجابياً . ويخبر اعتبار الذات السلبى حين لا تلقى خبراته اعتباراً إيجابياً . ورغم أن النزعة إلى تحقيق الذات تبقى الدافع الأساسى

للفرد ، إلّا أن صراعاً يتكون بين حاجاته الكيانية وحاجات اعتبار الذات بما تشتمل عليه الآن من ظروف الاستحقاق . ولكى يحتفظ الفرد باعتبار الذات الإيجابى ، ومن ثم يحتفظ بمشاعر الاستحقاق ومشاعر تحقيق الذات ، فإنه يختار العمل طبقاً لظروف الاستحقاق التى تعلمها بدلاً من أن يعمل طبقاً لاحساساته الكيانية التى يضطر إلى حظرها . وعن هذه النقطة فإن الفرد قد يبدأ فى الاعتقاد بأن بواعثه الكيانية « سيئة » ومضادة لكونه شخصاً « طيباً » ومن ثم فهى مضادة لتحقيق ذاته . ولكن لحسن الحظ ، إن البواعث الكيانية لدى الفرد لا تتوقف بمجرد إنكارها فى الوعى ، إلّا أن استمرارها يكون مشكلة للفرد . وهو يبدأ فى إدراك خبراته انتقائياً طبقاً لما إذا كانت تتلاءم أم لا مع مفهومه الذاتى الذى يعرف جزئياً الآن بظروف الاستحقاق . وحين يحرف أو ينكر إدراك الفرد لخبرته ، فإن روجرز يذكر أنه تنشأ إلى حد ما حالة من اللاانسجام بين الذات والخبرة ، ومن ثم التوافق اللاسوى .

ويتصور الفرد الخبرات التى لا تتفق مع مفهومه عن ذاته على أنها مهددة ، من حيث أن هذه الخبرات إذا رمز إليها ترميزاً دقيقاً فى وعى الفرد ، فإنها سوف تحدث اضطراباً فى تنظيم مفهوم الذات لأنها مضادة لظروف الاستحقاق التى تعلمها . ومن ثم ، فإن هذه الخبرات تستثير القلق والميكانيزمات الدفاعية التى تحرف أو تنكر مثل هذه الخبرات . وبذلك تحافظ على إدراك متسق من جانب الفرد لذاته . ونظراً للحاجة إلى الوقاية ضد الإدراك الصحيح للخبرات المضادة لظروف الاستحقاق ، فإن إدراك الفرد فى هذه الحالات يصبح جامدا .

العلاج النفسى وتغير الشخصية : عملية العلاج هى من وجهة نظر روجرز ، تدخل فى اللااتساق الذى يتكون لدى الفرد بين خبراته الكيانية ومفهومه عن ذاته . وفى علاقة يتلقى فيها الفرد اعتباراً إيجابياً غير مشروط ، فإنه قد يخاطر بأن يسمح بتقبل الوعى للخبرات التى سبق تحريفها أو إنكارها ، وترميزها ترميزاً دقيقاً . وفى مناخ من الفهم المتحرر من إصدار الأحكام ، قد يبدأ العميل بأن يسمح للبواعث الكيانية التى سبق إنكارها بأن تكون جزءاً من مفهوم ذاته . أى أن عملية العلاج النفسى هى نموذجياً ، عملية يبادل فيها الفرد ظروفه للاستحقاق بثقة وتقييم لحكمة كيانه النامى فى كليته .

المفاهيم : وأهمها طبقاً لميدور وروجرز (١٧) ما يلى :

النزعة التحقيقية actualizing tendency : ويقصد بها النزعة الكامنة لدى الكائن لتنمية كل قدراته بطرق تحقق المحافظة عليه وتقدمه . وهى تتضمن الحاجة إلى الماء والطعام والهواء ، إلخ . والمناشط المعممة الأخرى ، وهى تتضمن النمو نحو تمايز الأعضاء والوظائف والتكاثر . وتمثل هذه النزعة نمواً نحو الاستقلالية وبعيداً عن تحكم القوى الخارجية . وهذه النزعة هى الدافع الوحيد المفترض فى نظرية روجرز ، وهى تظهر من قبل الكائن الكلى ، والذات ليست إلّا تعبيراً عن النزعة العامة للكائن إلى السلوك بطرق تحافظ عليه وتحقق تقدمه . ويشمل المفهوم أيضاً مفاهيم الدوافع مثل التخفف من شدة إلحاح الحاجة ، ومن التوتر . وهى تشمل أيضاً دوافع النمو ، ومنها السعى وراء توترات اللذة والنزعة إلى الابتكار والتعلم المؤلم للمشى فى الوقت الذى يمكن أن يحقق فيه الحَبْو حاجات الكائن بقدر أقل من العناء .

النزعة إلى تحقيق الذات tendency toward self-actualization : وهى نزعة تتبع نمو بنية الذات self structure ، وهى نزعة عامة نحو التحقيق تعبر عن نفسها أيضاً فى تحقيق ذلك الجزء من خبرة الكائن التى يرمز إليها فى الذات . فإذا كانت الذات والخبرة الكلية للكائن منسجمتين نسبياً ، فإن النزعة التحقيقية تبقى موحدة نسبياً . ولكن إذا لم تنسجم الذات مع الخبرة ، فإن النزعة العامة لتحقيقه لدى الكائن قد تعمل فى اتجاه مضاد لهذا النظام الفرعى من ذلك الدافع ، أى النزعة إلى تحقيق الذات .

الخبرة (اسم) والخبرة (فعل) : ويعنى بالخبرة بوصفها اسماً كل ما يجرى داخل الكائن فى أى لحظة معينة يمكن أن تتاح للوعى . وهى تشمل الأحداث التى قد لا يكون الفرد واعياً بها ، كما تشمل كل الظواهر فى الشعور . فهى بذلك تشمل الجوانب السيكولوجية للجوع ، وذلك بالرغم من أن الفرد قد يكون مفتوناً بعمله أو باللعب لدرجة لا يكون فيها واعياً تماماً بالجوع . وهى أيضاً تشمل تأثير الصوت والصورة والرائحة على الكائن ، حتى إذا لم تكن هذه فى بؤرة الانتباه . وهى تشمل تأثير الذاكرة وخبرة الماضى النشطة فى اللحظة ، فى تحديد أو توسيع نطاق المعنى الذى يخلع على المنبهات المختلفة . وهى أيضاً تشمل

كل ما هو موجود فى الوعى المباشر أو الشعور المباشر ، ولكنها لا تشمل أحداثاً مثل شحنات النيورون أو التغيرات فى سكر الدم لأن هذه لا تكون متاحة مباشرة للوعى ، أى أنها تعرف سيكولوجياً وليس فسيولوجياً . أما الخبرة بوصفها فعلاً experiencing ، فهى أن يخبر الفرد ، أى أن يتلقى الكائن تأثير الأحداث الحسية أو الفسيولوجية التى تقع فى اللحظة . ولها معنى خاص فى العلاج يطلق عليه عادة مصطلح « أن يخبر خبرة كاملة » . وقد توسع جندلين فى هذا المفهوم وأعد طريقة « التركيز » لمساعدة العميل على أن يخبر كل ما يتعرض له خطوة خطوة إلى أن يحس بتحول فسيولوجى وحشوى . وهو ما أثبتته الدراسات المعملية والاكلينيكية .

الشعور وخبرة الشعور : خبرة مشحونة انفعالياً مع معناها الشخصى ، فهى بذلك تشمل الانفعال ولكنها أيضاً تشمل المضمون المعرفى لمعنى هذا الانفعال فى سياقه الخبروى experiential context أى أن المقصود هو وحدة الانفعال والمعرفة كما تخبران دون انفصال فى اللحظة .

الوعى ، الترميز ، الشعور : وتستخدم بنفس المعنى . فالشعور (أو الوعى) هو ترميز بعض خبراتنا ، أى التمثيل الرمزى لبعض خبراتنا (ليس من الضرورى أن تكون الرموز لفظية) . وقد تختلف درجة هذا التمثيل حدة من وعى طفيف بشىء كائن بوصفه أرضية إلى وعى حاد بشىء قد يحتل مركز البؤرة بوصفه شكلاً . وحين يمكن ترميز خبرة فى حرية ودون إنكار دفاعى وتحريف ، فهى إذن متاحة للوعى . والرموز التى تكون وعينا لا تتماثل أو لا تتسق بالضرورة مع الخبرة الحقيقية أو مع « الواقع » . فالذهانى مثلاً يعى (يرمز) الدفعات أو الموجات الكهربائية التى تسرى فى جسمه والتى لا يبدو أنها توجد فى الواقع . فقد ينظر الفرد إلى السماء بسرعة ويدرك طائرة على بعد ، ثم يظهر بعد ذلك أنها ذبابة حين تكون على قرب من العين . ويمكن تفسير ذلك إذا قدرنا أن كل الإدراك (وكل الوعى) هو تفاعل عبرى فى طابعه ، أى أنه بنيان من خبراتنا الماضية وفرضية أو تنبؤ بالمستقبل . فمثلاً ، إذا طردت الذبابة واختفت ، فإن ذلك يزيد احتمال أن ما كنت أعيه « كان » ذبابة وليس طائرة . وإذا كان الذهانى قادراً على أن يسمح لنفسه بفحص التيارات الكهربائية فى جسمه ، وأن يرى ما إذا كان لها نفس خصائص التيارات الكهربائية الأخرى ، فإنه بذلك يختبر الفرضية

المتضمنة فى وعيه . وهكذا ، فإن المقصود بالترميز الدقيق فى الوعى هو أن الفرضية المتضمنة فى الوعى سوف تتحقق إذا اختبر بالفعل .

الإدراك (اسماً وفعلاً) : الإدراك فى هذا المجال يمكن تعريفه بأنه فرضية أو تنبؤ بفعل يتواجد فى الوعى حين تؤثر المنبهات فى الكائن . فإذا أدركنا « هذا مثلث » ، « هذه شجرة » ، « هذا الشخص هو والدى » ، إلخ . فإن ذلك يعنى أننا نتنبأ بأن الموضوعات التى نتلقى منها المنبهات إذا فحصت بطرق أخرى ، سوف تظهر الخصائص التى أصبحنا نعتبرها بحكم خبراتنا الماضية هى خصائص المثلث والشجرة والوالد . وهكذا ، يمكن القول بأن الإدراك والوعى مترادفان . والإدراك هو المصطلح الأوسع ، والذى يغطى الترميزات والمعانى التى تنشأ عن منبهات داخلية خالصة ، مثل آثار الذاكرة والتغيرات الحشوية وما شابه ، كما تشمل ما ينشأ عنها من منبهات خارجية .

ولكن الفرد قد يمكنه تمييز خبرة دون ترميزها فى الوعى . وهو ما يسميه مكليرى ولازاروس (١٧ ، ص ١٣٣) subception وقد صاغا هذا المصطلح للدلالة على التمييز دون وعى . وهما يقرران أنه حتى حين يكون الفرد غير قادر على أن يقرر عن تمييز بصرى ، فهو لا يزال قادراً على أن يقوم بتمييز للمنبه عند مستوى تحت ما هو مطلوب للتعرف الشعورى . وهكذا ، فإنه يبدو أن الكائن يمكنه أن يميز منبهاً ومعناه للكائن دون أن يستخدم المراكز العصبية العليا المتضمنة فى الوعى . وهذه الإمكانية هى التى تسمح طبقاً لنظرية روجرز ، للفرد بأن يميز خبرة بوصفها مهددة دون ترميز هذا التهديد فى الوعى .

الخبرة الذاتية : صاغ ستاندال (فى ١٧ ، ص ١٣٤) هذا المصطلح وعرفه بأنه أى حدث (أو كينونة) فى المجال الظاهراتى (phenomenal) يميز بواسطة الفرد ويميز أيضاً على أنه « ذات » (self) أو (me) أو « أنا » (I) أو مرتبطاً به . والخبرات الذاتية هى بعامة المادة الخام التى يتكون منها مفهوم الذات المُنظَّم .

الذات ، مفهوم الذات ، بنيان الذات : تشير هذه المصطلحات إلى الجشتالت التصورى المنظم المتسق والذى يتكون من إدراكات بخصائص الـ « أنا » (I) أو (me) ، وإدراكات علاقات الـ « أنا » أو (me) للآخرين ولمختلف جوانب

الحياة بالإضافة إلى القيم المرتبطة بهذه الإدراكات . وهو جشتالت متاح للوعى رغم أنه ليس متواجداً بالضرورة فى الوعى . وهو جشتالت متغير « عملية » ولكنه فى أى لحظة معينة كينونة معينة يمكن تعريفها على الأقل جزئياً بطرق إجرائية مثل أسلوب Q-sort أو أدوات أو مقاييس أخرى . ويغلب أن يستخدم مصطلح مفهوم الذات أو الذات حين نتحدث عن نظرة الشخص إلى نفسه ، وأن نتحدث عن بنيان الذات حين ننظر إلى هذا الجشتالت من إطار مرجعى خارجى .

الذات المثالية ideal self : مصطلح يستخدم للدلالة على مفهوم الذات الذى يريد الفرد أن يملكه أكثر من غيره ، والذى ينسب له أعلى قيمة لنفسه . وهو يعرف فى كل الجوانب الأخرى كما يعرف « مفهوم الذات » .

عدم الاتساق بين الذات والخبرة incongruence between self and experience : كثيراً ما ينشأ عدم اتساق بين الذات كما تدرك وبين الخبرة الحقيقية للكائن . فمثلاً ، قد يدرك الفرد ذاته على أن له خصائص أ ، ب ، جـ ؛ ويخبر مشاعر هـ ، و ، ذ . ولكن الترميز الحقيقى لخبرته يشير رغم ذلك إلى خصائص جـ ، د ، ك ؛ ومشاعر ل ، م ، هـ . وحين يوجد هذا التفاوت ، فإن حالة من عدم الاتساق تقوم بين الذات والخبرة . وهى حالة من التوتر والارتباك الداخلى ، حيث أنه من بعض الجوانب سوف ينظم سلوك الفرد بواسطة النزعة التحقيقية ، ومن جوانب أخرى بواسطة نزعة التحقيق الذاتى ، وبذلك ينتج سلوك غير متسق وغير مفهوم . وما يسمى عادة سلوك عصابى هو مثال لذلك ، فهو نتاج النزعة التحقيقية ، بينما يكون الفرد محققاً للذات فى جوانب أخرى . ولذلك فإن السلوك العصابى غير مفهوم للفرد نفسه ، حيث أنه يتباين مع ما « يريد » شعورياً أن يعمله ، وهو أن يحقق ذاتاً لم تعد تتسق مع الخبرة .

قابلية التعرض للتهديد أو الحساسية vulnerability : مصطلح يستخدم للاشارة إلى حالة من عدم الاتساق بين الذات والخبرة ، حين يكون مرغوباً تأكيد إمكانيات هذه الحالة لخلق اضطراب سيكولوجى . وحين ينشأ عدم الاتساق ويكون الفرد غير واع به ، فهو يكون عرضة للقلق والتهديد والاضطراب . فإذا أوضحت خبرة جديدة هامة عدم الاتساق بوضوح ، فإنها يجب أن تدرك

شعورياً . وحينئذ يكون الفرد مهدداً ، ويضطرب مفهومه عن ذاته نتيجة لهذه الخبرة المتناقضة .

القلق : وهو ظواهرياً (فنمنولوجيا) حالة من عدم الارتياح أو التوتر الذى لا يعرف سببه . ومن إطار مرجعى خارجى ، فإن القلق هو حالة فيها عدم الاتساق بين مفهوم الذات والخبرة الكلية للفرد قريبة من الترميز فى الوعى . وحين تكون الخبرة غير متسقة بوضوح مع مفهوم الذات فإن استجابة دفاعية للتهديد تصبح متزايدة الصعوبة . والقلق هو استجابة الكائن إلى « تمييز الخبرة دون وعى » (subception) بحيث قد يدخل عدم الاتساق الوعى ، وبذلك يفرض تغيراً فى مفهوم الذات .

التهديد : هو الحالة التى قد توجد حين تدرك خبرة أو تميز وعى ، على أنها متسقة مع بنيان الذات ، وقد تعتبر نظرة خارجية إلى نفس الظاهرة التى هى القلق ، من إطار مرجعى داخلى .

التوافق السيكولوجي اللاسوى : ويحدث حين ينكر الكائن الوعى أو يحرف الوعى بخبرات هامة مما يؤدى إلى عدم ترميزها ترميزاً صحيحاً وتنظيمها فى جشتالت بنيان الذات ، وبالتالى يؤدى إلى عدم اتساق بين الذات والخبرة .

الدفاع ، الدفاعية defense, defensiveness : « الدفاع » هو استجابة الكائن السلوكية للتهديد بهدف صيانة البنيان الحالى للذات . ويتحقق هذا الهدف عن طريق التحريف الإدراكى للخبرة فى الوعى بطريقة تقلل من عدم الاتساق بين الخبرة وبنيان الذات ، أو عن طريق الإنكار فى الوعى لخبرة ، ومن ثم إنكار أى تهديد للذات . وتشير « الدفاعية » إلى الحالة التى يكون فيها السلوك من هذا النوع .

تحريف الوعى ، إنكار الوعى : من الظواهر الملاحظة أن المادة التى لا تتسق اتساقاً دالاً على مفهوم الذات لا يمكن السماح بها فى الوعى مباشرة أو فى حرية . ويمكن شرح ذلك عن طريق مركب الإنكار أو التحريف . وحين تدرك خبرة إدراكاً ضعيفاً باهتاً على أنها غير متسقة مع بنيان الذات ، فإن الكائن

يظهر أنه يستجيب بتحريف معنى الخبرة بحيث تتسق مع الذات أو ينكر وجود الخبرة كى يصون بنيان الذات من التهديد . والإنكار الصريح للخبرة أقل شيوعاً بكثير من ظاهرة التحريف .

القصدية intentionality : أى استجابة الشخص أو إدراكه بصورة مقصودة . وفى هذه الحالة ، فإنه ينزع إلى رؤية الخبرة على أنها مطلقة وغير مشروطة ، وإلى التعميم المتزايد ، والخضوع لسيطرة المفهوم أو العقيدة ، أو الفشل فى نسبة استجاباته إلى الزمان والمكان ، وإلى الخلط بين الحقيقة والتقويم ، وإلى الاعتماد على التجريدات بدلاً من اختبار الواقع . ويغطى هذا المصطلح ما تقصده عادة باستخدام مفهوم الجمود rigidity أو التصلب ولكنه يشمل مدى من السلوك أكثر اتساعاً وتنوعاً .

الاتساق ، اتساق الذات والخبرة : حين يكون ترميز الخبرات الذاتية دقيقاً ، وحين يشملها مفهوم الذات فى هذا الشكل الترميزى الدقيق ، تتكون حالة من الاتساق بين الذات والخبرة ، ويتشابه هذا المصطلح فى معناه مع مصطلحات أخرى يشيع استخدامها مثل : متكامل ، كلى ، أصيل ، وخلال عملية العلاج ، قد يراجع الفرد مفهومه عن ذاته كى يحقق الاتساق عن طريق الترميز الدقيق ، فقد يعيد تنظيم مفهومه عن ذاته لتشمل خصائص مثل كراهية الوالد ، أو نزعة جنسية مثلية .

الانفتاح على الخبرة : حين لا يكون الفرد مهدداً بأى طريقة من الطرق ، فإنه يكون منفتحاً على الخبرة ، وذلك هو عكس الدفاعية . وهو فى هذه الحالة لا يحتاج إلى ميكانيزم « تمييز الخبرة دون وعى » .

التوافق السيكولوجى : يتحقق التوافق السيكولوجى الأمثل حين يكون مفهوم الذات بحيث تتمثل كل الخبرات أو قد تتمثل على المستوى الرمزى فى جشتالت بنيان الذات . فهو بهذا المعنى يتماثل مع الاتساق التام بين الذات والخبرة ، أو الانفتاح التام على الخبرة وعلى المستوى العملى . ويتكافأ التحسن فى التوافق السيكولوجى مع التقدم نحو نقطة النهاية هذه .

الامتدادية extensionality : ينزع الشخص الذى يستجيب أو الذى يدرك بأسلوب امتدادى ، إلى رؤية الخبرة فى إطار محدود متمايز ، وإلى أن يكون واعياً بارتباطات الحقائق مع الزمان والمكان ، وإلى أن تسيطر عليه الحقائق لا المفاهيم ، وأن يقيم الأمور بطرق متعددة ، إلى أن يكون واعياً بالمستويات المختلفة فى التجريد ، وإلى أن يختبر استنتاجاته وتجريداته مع الواقع .

النضـــج maturity : يظهر الفرد سلوكاً ناضجاً حين يدرك إدراكاً واقعياً امتدادياً ، وحين لا يكون دفاعياً ، وحين يقبل المسئولية عن اختلافه عن الآخرين ، والمسئولية عن سلوكه ، وأن يقيم الخبرة فى ضوء الدليل المستمد من حواسه ، وأن يغير تقويمه للخبرة فقط على أساس البرهان الجديد ، وأن يتقبل الآخرين بوصفهم أفراداً متفردين مختلفين عنه ، وأن يكافىء نفسه والآخرين .

ظروف الاستحقاق conditions of worth : يتميز بنيان الذات بظرف الاستحقاق حين يقع تجنب خبرة ذاتية أو مجموعة من الخبرات الذاتية المرتبطة أو حين ينشدها الفرد فقط لأنه يميزها على أنها تستحق اعتبار الذات بقدر أقل أو أكبر . وقد قدّم ستاندال هذا المركب ليحل محل « القيمة المستدخلة » أو « الممتصة » وهو مفهوم أقل دقة . وينشأ ظرف الاستحقاق حين يكون الاعتبار الإيجابى لآخر ذات دلالة مشروطاً ، حين يحس الفرد أنه يثاب فى جوانب معينة ولا يثاب فى جوانب أخرى . ويتمثل نفس الاتجاه تدريجياً فى مركب اعتبار الذات لدى الفرد ، فيقيم خبرة إيجاباً أو سلباً بسبب ظروف الاستحقاق هذه فقط والتى أخذها عن الآخرين وليس بسبب أن الخبرة تحقق التقدم له بوصفه كائناً أو أنها تعجز عن ذلك . وحين يخبر الفرد اعتباراً إيجابياً غير مشروط ، فإن خبرة جديدة تقيم أو لا تقيم طبقاً لتأثيرها فى المحافظة على الكائن أو تحقيق تقدمه . ولكن إذا استدخلت (امتصت) قيمة من شخص آخر هام ، فإن هذا الظرف للاستحقاق يطبق على خبرة دون إشارة إلى المدى الذى تحافظ به على الكائن أو تحقق تقدمه . وهذه هى حالة هامة خاصة من الترميز غير الدقيق . وقد تدرك خبرة على أنها مرضية للكائن حين لا يكون ذلك صحيحاً فى الواقع . وهكذا ، فإن ظرف استحقاق يمنع الفرد من العمل بحرية وكفاءة لأنه يسبب اضطراباً فى عملية التقييم .

مركز التقويم locus of evalution : يستخدم هذا المصطلح للدلالة على مصدر البرهان بالنسبة للقيم . وهكذا ، فإن مركزاً داخلياً للتقويم داخل الفرد نفسه يعنى أنه فى وسط عملية التقويم . ويستمد البرهان من حواسه هو . وحين يستقر مركز التقويم فى الآخرين ، فإن أحكامهم بالنسبة لقيم موضوع أو خبرة تصبح محك القيمة للفرد .

عملية التقويم الكيانية organismic valuing process : يصف هذا المفهوم عملية قائمة مستمرة لا تكون فيها القيم مثبتة أو جامدة أبداً . ولكن الخبرات تُرمزّ بدقة وباستمرار ، وتقيم فى ضوء الاشباعات التى يخبرها الكائن . والكائن يخبر الاشباع فى تلك المنبهات أو فى السلوك الذى يحافظ على الكائن ويحقق تقدمه وتقدم الذات فى كل من الحاضر المباشر وعلى المدى الطويل . وهكذا فإن النزعة التحقيقية هى المحك .

الإطار المرجعى الداخلى : وهو كل مجال الخبرة المتاحة لوعى الفرد فى لحظة معينة . ويشمل المدى الكلى للاحساسات والادراكات والمعانى والذكريات المتاحة للشعور . وهو العالم الذاتى للفرد . فهو وحده الذى يعرفه معرفة كاملة ، ولا يمكن أبداً أن يعرف من قبل أحد آخر إلا عن طريق الاستنتاج المتعاطف . وحتى فى هذه الحالة فإنه لا يمكن أن يعرف معرفة كاملة .

التعاطف الوجدانى empathy : حالة تعنى إدراك الإطار المرجعى الداخلى لفرد آخر بدقة ، وما يرتبط به من مكونات انفعالية ومن معانى « كما لو كان » المتعاطف هو الشخص الآخر .

الإطار المرجعى الخارجى : الإدراك فقط من خلال الإطار المرجعى الداخلى الذاتى دون تعاطف مع الشخص الملاحظ أو الموضوع الملاحظ ، هو إدراك من خلال إطار مرجعى خارجى . ومن أمثلة ذلك أن يقول ملاحظ أن حيواناً قد استثير حين يعرض الحيوان لظرف يشكل فى الإطار المرجعى الذاتى للملاحظ منبهاً أو مثيراً . فليست هناك محاولة لفهم متعاطف لما إذا كان ذلك مثيراً فى المجال الخبروى للحيوان . وأيضاً ، فإن الملاحظ يقرر أن الحيوان قد استجاب حين تحدث ظاهرة تشكل فى المجال الذاتى للملاحظ استجابة .

هذه المفاهيم السابقة مفيدة فى وصف عملية العلاج المتمركز – حول – العميل ، وهو ما سوف نناقشه فى الفقرات التالية :

العلاج النفسى المتمركز – حول – العميل

نظرية العلاج :

محور العلاج المتمركز – حول – العميل هو الخبرة المباشرة بالذات بطرق عديدة فى علاقة انفعالية ذات معنى بين المعالج والعميل ومن جانب كل منهما . وتقرر النظرية أن ثلاثة اتجاهات ضرورية وكافية لتهيئة ظروف إحداث تغير فى العميل ، وهى : أن يكون المعالج أصيلاً وصادقاً أو منسجماً ، وأن يكون متعاطفاً وجدانياً أو متفهماً ، وأن يكون معززا للعميل فى إطار الكف عن الرعاية الامتلاكية له . فإذا أدرك العميل هذه الاتجاهات ، وإذا كان غير راض بعض الشيء عن نفسه ، أى إذا كان قلقاً ، فإنه سوف يبدأ عملية تغير إيجابى فى شخصية . وهذه هى الفرضية الأساسية فى العلاج المتمركز – حول – العميل . وتتمثل العلاقة بين هذه الاتجاهات فى أن المعالج يريد أن يعبر عن تقبله الصادق ورعايته لعميله . ولكى يثق العميل فى هذه الرعاية ، فإنه يتعين أن يرى صدق وأصالة المعالج . ويهيىء كل ذلك المناخ للعمل الأولى للمعالج ، أى تفهمه الدقيق والمتعاطف . ولنناقش كلا من هذه الاتجاهات لنرى الارتباطات بينها .

التعاطف الوجدانى فى العلاقة العلاجية : لكى يفهم المعالج عميله ، يتعين أن يركز على العالم الظواهرى للعميل ، أى فهم عالم العميل كما يراه العميل . وهو شرط أساسى فى تحقيق التغير العلاجى ، بل إن ذلك التركيز هو جوهر ما يعنيه العلاج المتمركز – حول – العميل . ويتطلب ذلك من المعالج أن تعكس تعليقاته لا ما يقوله العميل فقط ، ولكن أيضاً الرقعة الباهتة على حافة وعى العميل . وعن طريق تعبير المعالج عن فهمه للمعانى التى يشعر بها العميل ، فإن ذلك يؤدى ليس فقط إلى تصور هذه المعانى فى الوعى ، ولكن إلى اتساع فهم العميل لذاته ، وإلى أن يسمح لوعيه بخبرات كيانية أكثر . فتزيد من اتساع ومن قوة فهم الذات لدى العميل . والمعالج لا يركز على الخبرات الحالية للعميل ليقدم تفسيراً أو تشخيصاً ، ولكنه يعتقد أن خبرة العميل بأن مشاعره مفهومة هى التى تحدث تغير النمو . فإذا

كرر المعالج نفس ما قاله العميل ، فإن ذلك لا يعنى تعاطفاً . ولكن إذا قال العميل مثلاً : « هذا هو بالضبط ما عنيته ، لم أكن أعتقد أن أحداً سوف يفهمنى . والآن أريد أن أخبرك عن أشياء أخرى » . أو قد يتمهل العميل ، ثم يقول : « اعتقد أنك على حق . لم أكن أفكر فى الأمر بهذه الصورة من قبل ، ولكن هذا هو فعلاً ما أشعر به وأخبره » . وبذلك يمكن أن يتقدم العميل فى وعيه للجوانب المعروفة لديه .

الاعتبار الإيجابى فى العلاقة العلاجية : إن الرعاية الأصيلة للعميل والاحتفاظ باعتبار إيجابى غير مشروط ، يعنى أن يتجنب أى سلوك يتضمن ظاهراً أو باطناً إصدار أى أحكام . فالمعالج لا يستقصى دون داع ، ولا يعبر عن تأييد أو معارضة ، لا يقدم تفسيراً ، بل يتقبل العميل بكل الفهم ويثق تماماً فى إمكانيات العميل لفهم ذاته وللتغير الإيجابى . وكلما زاد اعتماد المعالج بصدق على العميل لاستكشاف ذاته ، فإن ذلك يؤدى بالعميل إلى الثقة فى ذاته وفى قدرته على إحداث التغير . وهذا الاعتبار الإيجابى غير المشروط والفهم الدقيق يعملان معاً لتهيئة مناخ فى العلاقة العلاجية يستطيع فيه العميل تدريجياً أن يسمح فى وعيه وفى سلوكه بتلك الأجزاء من خبراته الداخلية التى لا تنسجم مع مفهومه عن ذاته ، وهى أجزاء بنى العميل حولها دفاعات قوية ، وبعد أن يعبر العميل لفظياً عن هذه المشاعر التى لم تكن يسمح بالتعبير عنها سابقاً ، فإنه يتلقى تأكيداً لفهم صادق من شخص آخر ، وتقبلاً إيجابياً لذاته الجديدة المتغيرة .

الأصالة أو الانسجام فى العلاقة العلاجية : فى محاولة فهم عميله ، يسمح المعالج لخياله بأن يخبر الخبرة التى يعبر عنها العميل ، وبذلك فإنه يضع استجاباته الحشوية فى نفس موقف عميله . وفهم المعالج لعميله ليس فقط أمراً ذهنياً ، ولكنه أيضاً فهم للكائن إلى الحد الذى يمكنه أن يحس بما يمكنه أن يكون حين يعيش خبرة العميل . وبنفس الطريقة ، فإن الاعتبار الإيجابى ليس اتجاهاً ذهنياً ، بل هو ثقة تقوم على أساس الواقع فى الإمكانية التحقيقية للفرد ويعبر عنها فى عدم استعداده للتدخل المباشر ، أو لتقويم العمليات الجارية لكائن إنسانى آخر .

والانسجام فى الذات الداخلية للمعالج يتمثل فى إحساسه بخبراته الداخلية والتعبير عنها فى تفاعله من خلال العلاقة العلاجية . والمعالج يثق فى استجاباته

الكيابية فى الموقف ، ويعبر عن هذه المشاعر التى يعتقد بالالهام أن لها دلالتها فى العلاقة العلاجية ، ويسهم استعداده واتساقه فى أن يكون صادقاً فى العلاقة فى إمداد العميل بقاعدة من الواقع يمكن أن يثق فيها ، كما أنها تقلل من مخاطرة إشراك غيره فى حياته .

ويعتبر روجرز الانسجام أو الأصالة أهم الاتجاهات التى يجب أن تسود العلاقة العلاجية والتى تسهم بأكبر قدر فى نموها . ويتعين أن يكون المعالج ما هو عليه دون تزييف . أى أن ما يحسه المعالج على مستوى الخبرة أو على المستوى الحشوى يتعين أن يكون متواجداً فى الوعى بوضوح وأن يكون متاحاً للاتصال المباشر بشأنه مع العميل إذا كان ذلك مناسباً ، وعلى أساس التعامل شخصاً — لشخص . فإذا شعر المعالج مثلاً بالضيق أو الملل من العميل ، فإنه يجب أن يعبر عن هذا الشعور للعميل . أو قد يقول المعالج : « إننى لا أنصت جيداً لك هذا الصباح لأن هناك مشكلات تضايقنى لا أستطيع أن أزيحها الآن من عقلى » أو « إننى خائف منك فى هذه اللحظة ، خائف مما يمكن أن تفعله بى » أو « إننى لا أشعر بالراحة لما سمعته منك الآن » ، أو « إن صبرى بدأ ينفذ ، بل إننى غاضب . إننى صادق معك بقدر ما أستطيع ، وأشعر أنك تلف وتدور . قد لا يكون ذلك صحيحاً ولكن هذا هو ما أشعر به الآن » . وقد يستجيب العميل مثلاً بعد فترة صمت بقوله : « أعتقد أننى أفعل ذلك كثيراً ، فأنا أخاف أن يعرف الشخص الآخر أين أنا » . ويلاحظ أن المعالج يعبر عن شعور داخلى ، وأنه لا يصدر حكماً على العميل . ومن شأن ذلك أن يشجع العميل على أن يستجيب استجابات صادقة لأن المعالج نفسه فعل ذلك . ولا يعنى هذا أن يثقل المعالج كاهل عميله بكل مشاكله أو أن ينفجر غضباً وبدون روية ، ولكنه يعنى أن المعالج لا ينكر على نفسه مشاعر اللحظة وأن يختبىء وراء ستار المهنة (٢١ ، ص ١٣٨١) .

والخلاصة أن روجرز يفترض أنه لتحقيق فعالية العلاج ، يتعين توفر الظروف التالية (١٣٨) : (١) أن يخبر العميل على الأقل عدم اتساق غامض يسبب له القلق ؛ (٢) المعالج متسق (أو أصيل أو حقيقى) فى العلاقة وفى صورته عن ذاته وفى الطريقة التى يتواصل بها بحيث تنسجم مع خبرته الحالية ؛ (٣) أن يخبر المعالج اتجاهات الرعاية والاهتمام والتقبل للعميل ؛ (٤) أن يخبر المعالج

فهماً دقيقاً حساساً للإطار المرجعى الداخلى للعميل وعالم الواقع الداخلى والخارجى كما يخبزه العميل ؛ (٥) أن يدرك العميل على الأقل عند حد أدنى – اتجاهات الرعاية والفهم والأصالة من جانب المعالج . وتقوم إدراكاته لهذه الاتجاهات – على الأقل جزئياً – على أساس اتجاهات المعالج ، وغالباً فى مستوى أعمق على هاديات أخرى مثل نغمة الصوت والتعبيرات الوجهية والجسمية طالما أنها تعبيرات حقيقية عن مشاعر اللحظة .

ميكانيزمات العلاج النفسى :

تمثل اتجاهات المعالج فقط نصف معادلة العملية العلاجية . ويتمثل النصف الآخر فى التغير البناء فى الشخصية ، والذى يحدث فى العميل فى العلاج المتمركز – حول – العميل . وقد لاحظ روجرز نتيجة تعمقه فى دراسة التسجيلات الصوتية لعدد من الحالات التى قدر أنها ناجحة علاجياً طبقاً لعدد من المحكات ، لاحظ نمطاً متسقاً ثابتاً من التغير فى كل الحالات : من الجمود وعدم التمايز إلى المرونة والسيولة والتمايز فى الاستجابات ؛ من الاستاتيكية إلى التغيرية ؛ ومن اللامشاعر والطراز اللاشخصى فى الوظيفة السيكولوجية إلى الخبرة المباشرة للمشاعر الشخصية التى يحس العميل بأنه يملكها ويتقبلها . وقد أعد روجرز ورابلين مقياساً يمكن استخدامه لقياس المرحلة التى يكون فيها العميل على متصل العملية . وفيما يلى وصف مختصر لهذه المراحل (١٧ ، ص ١٤٨) :

المرحلة الأولى : الاتصال (أو الحديث) يكون عن موضوعات خارجية . وهناك عدم رغبة فى الحديث عن الذات أو التعبير عنها . فالمشاعر والمعانى الشخصية لا يعترف بها كما هى ولا يشعر الفرد بامتلاكها . والمركبات جامدة إلى حد كبير . والعلاقات الوثيقة تعتبر خطرة .

المرحلة الثانية : توصف المشاعر أحياناً ولكن باعتبارها « موضوعات » تنتمى إلى الماضى ولا يمتلكها الشخص ، فهى خارجة عن الذات . والفرد بعيد عن خبراته الذاتية . وقد يعبر عن آثار متناقضة عن ذاته ، وبقدر من الحرية عن موضوعات غير ذاتية . وقد يظهر قدراً من الاعتراف بأنه يواجه مشاكل أو صراعات ولكنها تدرك على أنها خارجة عن الذات .

المرحلة الثالثة : يكثر وصف المشاعر والمعانى الشخصية الغير موجودة حالياً . وتصور هذه المشاعر البعيدة غالباً على أنها غير مقبولة أو سيئة . وتوصف عملية الخبرة بالمواقف على أنها قد حدثت أساساً فى الماضى أو هى تطرح فى ضوء الماضى . وهناك قدر أكثر حرية من التعبير عن الذات بوصفها موضوعاً (an object) . وقد يكون هناك تعبير عن الذات بوصفها موضوعاً للتأمل وعلى أنها توجد أساساً فى الآخرين . والمركبات الشخصية تكون جامدة ولكن قد يفكر فيها أحياناً بوصفها مركبات ، مع تساؤل أحياناً عن صدقها . وهناك بداية للاعتراف بأن أى مشكلات قد تكون قائمة داخل الفرد بدلاً من أن تكون خارجة عنه .

المرحلة الرابعة : توصف المشاعر والمعانى الشخصية بحرية على أنها موضوعات فى الحاضر تمتلكها الذات . ولكن المشاعر الحادة لا تزال توصف بأنها ليست موجودة فى الحاضر . وهناك اعتراف ضئيل بأن المشاعر التى ينكرها الوعى قد تندفع فى الحاضر . ولكن هذه إمكانية مخيفة . وهناك اعتراف متردد ومخيف من قبل العميل بأنه يخبر أشياء . والعميل يدرك بوضوح التناقضات ويخبر اهتماماً محدداً نحوها . وهناك بدايات تراخ فى المركبات الشخصية . ويكتشف أحياناً أن الخبرة قد بنيت أو فسرت على أن لها معنى معيناً . ولكن هذا المعنى ليس فطرياً وليس مطلقاً . وهناك بعض التعبير عن المسئولية الذاتية عن المشكلات . ويخاطر العميل أحياناً بالارتباط انفعالياً مع الآخرين . فمثلاً ، قد يتمثل مركب شخصى جامد فى اعتقاد فتاة بأن العلاقة بين الرجل والمرأة هى علاقة جنسية فقط ، ونتيجة للعلاج قد تستطيع أن تعبر علناً عن حبها لشخص آخر أو عن شعورها بأن شخصاً آخر يحبها كما سوف نرى فى المراحل التالية .

المرحلة الخامسة : يعبر بحرية عن كثير من المشاعر لحظة وقوعها ، فتخبر فى الحاضر المباشر . وهذه المشاعر تمتلك أو تقبل . وتنزع المشاعر التى أنكرت سابقاً إلى الظهور فى الوعى رغم أن هناك خوفاً من وقوع ذلك . وهناك بعض الاعتراف بأن الخبرة بالحاضر المباشر هى دليل يمكن أن يكون هادياً للفرد وموجهاً له . ويعترف بالتناقضات بوصفها اتجاهات توجد فى الجوانب المختلفة للشخصية . ويعبر عن ذلك بعبارات مثل : « يقول لى عقلى أن الأمر هو كذلك ، ولكن لا يبدو أننى أعتقد ذلك » . وهناك رغبة فى أن يكون الشخص هو ما هو عليه

حقيقة . وهناك تساؤل عن صدق الكثير من المركبات الشخصية . ويشعر الشخص بأن عليه مسئولية محددة عن المشكلات التى توجد داخله .

المرحلة السادسة : يعترف بالمشاعر التى كانت تنكر فى السابق وعلى أنها مشكلات الحاضر المباشر ، كما أن هذه المشاعر تقبل ، فهى لا تنكر ولا تكون موضع خوف ولا يكافحها العميل . وهذه الخبرة تكون غالباً حية ودرامية وتنفس عن العميل . وهناك الآن تقبل تام للخبرة بوصفها مؤشراً واضحاً يمكن استخدامه للتوصل إلى المعانى المتضمنة فى مجابهة الفرد لذاته ولحياته . وهناك اعتراف أيضاً بأن الذات أصبحت الآن هى عملية الخبرة . فلم يعد هناك وعى كبير بالذات بوصفها موضوعاً . ويشعر الفرد أحياناً بأنه « مهزوز » نوعاً ما حيث أن مركباته الثابتة يعترف بأنها أبنية حدثت داخله . ويخاطر الفرد بأن يكون ذاته فى عملية العلاقة مع الآخرين ويثق بأن شخصاً آخر سوف يقبله كما هو . وبذلك يمكنه أن يرتبط بقدر أكبر من الحرية والانفتاح مع المعالج ومع الآخرين . وهذا الاتساق المتزايد بين الذات والخبرة هو ما يطلق عليه تقليدياً « التوافق السيكولوجى السوى » .

المرحلة السابعة : يعيش الفرد فى ارتياح مع عملية الخبرة الجارية . ويخبر مشاعر جديدة ثرية وحالية . وهى مؤشر واضح للسلوك . ويكون عدم الإنسجام فى حده الأدنى ومؤقتاً . والذات هى وعى واثق بعملية الخبرة . ويحتفظ بمعنى الخبرة فى صورة مؤقتة تختبر دائماً ويعاد اختبارها فى ضوء الخبرات التالية . ويزداد النظر من قبل العميل إلى نفسه باعتبارها مركز التقويم ومصدر عملية إضفاء القيمة .

وقد أوضحت الدراسات التى استخدم فيها مقياس العملية Process scale أو مشتقات منه على أنه يمكن تمييز تباينات دالة فى السلوك خلال مجرى العلاج الفردى أو الجماعى وباستخدام متغيرات العملية (١٧ ، ص ١٤٩) .

التطبيقــات

بدأ هذا النوع من العلاج بوصفه طريقة للعلاج الفردى ، وعرف فى البداية باسم « العلاج غير الموجه » ، وبعد ذلك « العلاج المتمركز – حول – العميل » . ونظراً لاتساع مجالات تطبيقاتها فى : التربية « تيسير التعليم » ؛ وفى الإدارة « القيادة المتمركزة – حول – الجماعة » ؛ وفى تيسير أعمال « جماعات لقاء المواجهة » ؛ وحديثاً فى مواقف التوتر فى العلاقات بين الجماعات العرقية ، وفى العلاقات الدولية . فلم يعد قاصراً على العلاج وأصبح يعرف اليوم باسم : « المنهج المتمركز – حول – الشخص » person – centered approach . وقد صدر عام ١٩٧٧ كتاب لروجرز بعنوان "Carl Rogers on Personal Power" وفيه يفحص تأثيرات المنهج المتمركز – حول – الشخص على بناء القوة فى العلاقات العلاجية وتطبيقاتها فى الزواج والعائلة والتربية والإدارة وغيرها من المجالات ، كما شرح فى كتاب له عام ١٩٨٠ "A Way of Being" كيفية عمل « ورشة عمل » work shop من تلك الورش التى انتشر استخدامها فى مجالات عديدة . ولم يقتصر مفهوم الشخص على توافقه الداخلى ، بل امتد إلى تأثيره بوصفه عامل تغيير فى مجتمعه . وفى مقال لروجرز مع سانفورد عام ١٩٨٥ ، قدمت أمثلة عديدة ومتنوعة ونماذج حية لهذه التطبيقات منها : النمو من خلال قراءة كتاب لروجرز ؛ النمو العلاجى من خلال مقابلة واحدة ؛ خبرة علاجية فى ورشة عمل ليوم واحد ، خبرة فى مجتمع تعلم يتمثل فى ورشة عمل مقيمة لمدة تسعة أيام . وقبل أن نعرض نماذج من هذه التطبيقات فى الفقرات التالية ، نلخص قائمة باثنتى عشر خاصية مميزة للعلاج المتمركز – حول – العميل حددها روجرز وسانفورد (٢١ ، ص ١٣٧٤) :

١ – افتراض أن اتجاهات معينة لدى المعالج تكون الظروف الضرورية لفعالية العلاج .

٢ – الاعتماد على نموذج نمو العلاج النفسى ورفض للنموذج الطبى فى التعامل مع معظم الاضطرابات السيكولوجية .

٣ مفهوم وظائف المعالج بوصفها موجودة فورياً ومتاحة للعميل ، واعتماده على خبرته دقيقة بدقيقة مع العميل .

٤ التركيز المكثف والمستمر على العالم الفنمنولوجى للعميل ، ومن ثم مصطلح التمركز – حول – العميل .

٥ – نظرية ارتقائية بأن العملية العلاجية تتميز بتغير فى أسلوب العميل والخبرة الفورية بتزايد القدرة على العيش بصورة أكمل فى اللحظة المعينة .

٦ - التأكيد المستمر على تحقيق الذات للكائن الإنسانى بوصفه القوة الدافعة فى العلاج .

٧ – الاهتمام بعملية تغيير الشخصية بدلاً من بنيانها .

٨ – التأكيد على الحاجة إلى مواصلة البحث لتعلم الجديد عن العلاج .

٩ – افتراض أن نفس أسس العلاج النفسى تنطبق على كل الأشخاص سواء كانوا ذهانيين أو عصابيين أو أسوياء .

١٠ – النظر إلى العلاج النفسى بوصفه مثالاً متخصصاً لكل العلاقات البناءة بين الأشخاص وما يتبعه من قابلية التطبيق المعمم لكل المعارف المكتسبة من ميدان العلاج النفسى .

١١ – التصميم على بناء كل الصياغات النظرية من الخبرة بدلاً من لوى الخبرة كى تتفق مع نظرية مصاغة مسبقاً .

١٢ – الاهتمام بالقضايا الفلسفية المستمدة من ممارسة العلاج النفسى .

ويعود روجرز ليؤكد أن أكثر ما يميز العلاج المتمركز – حول – العميل عن كل النظريات الأخرى هو رفض النموذج الطبى المتضمن تشخيصاً باثولوجياً وتعيين العلاج والرغبة فى الشفاء .

الارشاد والعلاج النفسى : وهو أوسع الميادين التطبيقية انتشاراً . وقد استخدم المنهج فى علاج الأفراد من كل الفئات التشخيصية : العاديون ، العصابيون والذهانيون . كما يستخدم أيضاً فى الارشاد الدينى والارشاد التربوى ،

والعلاج عن طريق اللعب مع الأطفال ، وفى علاج أمراض النطق وفى الارشاد الزواجى والعائلى .

التدريب على العلاقات الإنسانية : ويشمل هذا التدريب كل مستويات العاملين فى المدارس وفى الخدمة الاجتماعية والتمريض والطب والمساعدين للعاملين فى هذه المهن . كما تشمل المتطوعين فى كتائب السلام والهيئات الخيرية وبخاصة فى المنظمات الجديدة التى تقدم خدمات ارشادية عن طريق التليفون للأشخاص المضطربين وبخاصة فى مواقف الأزمات . وتشمل هذه الفئة أيضا برامج التدريب القيادى فى عديد من المجالات .

الجماعات الصغيرة : وهو مجال تطبيقى جديد نسبياً . وتستخدم فيه مصطلحات متنوعة مثل « الجماعة المتعمقة » "intensive group" ، و « جماعة النمو أو الارتقاء الشخصي » personal growth group أو « جماعة اللقاء المواجه » encounter group ، و « جماعة التخفف من التوتر » إلخ . ويميز روجرز وسانفورد (٢١ ، ص ١٣٨٦) « الجماعة العلاجية » بأنها اجتماع عدد من الأشخاص معاً لمحاولة المساعدة فى حل مشكلات جادة . أما إذا كان الغرض هو إثراء النمو والتقدم الارتقائى ، فإن الجماعة تسمى « جماعة لقاء مواجه » ولكن « العملية » متشابهة فى النوعين من الجماعات . ويسمى الشخص المسئول : « المُيسر » facilitator فلا يسمى « قائداً » أو « مدرباً » حيث أن وظيفة الميسر هى إطلاق إمكانيات الفهم الذاتى والتغير السلوكى ، وليس التحكم أو التفسير أو الاقناع . وتتكون الجماعات غالباً من أفراد لا يعرف بعضهم البعض الآخر من مختلف الفئات والمستويات . ولكن قد ينتمى المشتركون أحياناً إلى مجال مهنى واحد مثل جماعات المدرسين والإداريين أو رجال الدين . وقد تكون جماعات أخرى للأزواج والزوجات أو للعائلات أو النساء أو الطلبة أو جماعات يشترك أعضاؤها فى اهتمام معين . وتكون جماعات التخفف من التوتر فى مواقف الخلافات بين العمال والإدارة أو بين الجماعات العرقية أو العنصرية المختلفة أو بين الطلبة والأساتذة ، إلخ . وفى كل هذه الجماعات يتركز الاهتمام على الاتصال والفهم اللذين يتسمان بالأمانة .

الإدارة : يتمثل تطبيق منهج روجرز فى مجال الإدارة فى المفهوم الذى يقدمه جوردون باسم « الإدارة المتمركزة – حول – الجماعة » . ويشترط جوردون لقيام هذا النمط من الإدارة – فضلا عن فرص المشاركة فى اتخاذ القرارات – حرية الاتصال بين كل أعضاء الجماعة ، وإزالة العوائق التى تحول دون حرية الاتصال مثل التباعد الفيزيقى بين الأعضاء ، وانعدام الاتصال وجهاً لوجه ، وتعقد وسائل الاتصال والإرهاق الشديد فى العمل لدرجة لا تسمح بالاتصال ، إلخ . ولكن الأهم من ذلك إدراك أعضاء الجماعة لأمر ما على أنه مهدد لذواتهم . ويتضمن ذلك إشاعة جو من السماحة والتقبل والخلو من التهديد . وفى ضوء هذا المفهوم ، يحدد جوردون الوظائف التى يتعين على الإدارى القيام بها ، وأهمها : (١) إظهار الود والفهم وهو نمط من السلوك يتجلى فى الكلام وفى التعبيرات الوجهية وفى الأفعال ؛ (٢) الاهتمام بالآخرين والانتباه لهم عن طريق حسن الاستماع ومتابعة كلام المرءوس ، إلخ . (٣) فهم المعانى والمقاصد ، أى محاولة الإدارى وضع نفسه فى الإطار المرجعى للمرءوس ؛ (٤) تقبل المرءوس : مشكلاته وأقواله وأفعاله وخططه مع وضوح حدود هذا التقبل وضوحاً تاماً ، وعلى شرط أن تكون القيود دون التقبل أقل ما يمكن ؛ (٥) الربط فى المناقشة بين كل فكرة يقدمها عضو من الأعضاء والمناقشة السابقة لها .

ويقوم الإدارى بهذه الوظائف بصورة مستمرة – إلى حد كبير أو قليل – إلى أن يتولاها أعضاء الجماعة أنفسهم . وقد وجد جوردون من خبراته وتجاربه أن هذه الوظائف لها فعاليتها فى خلق الظروف التى يمكن فيها مساعدة الجماعات على الإفادة من قدراتها أحسن إفادة . وهو يلخص نتائج هذا النمط من الإدارة فيما يلى : (أ) من حيث معنى الخبرة الجماعية بالنسبة للعضو : (١) الشعور بأنه مفهوم من الآخرين ؛ (٢) الشعور بالتقبل من أعضاء الجماعة ؛ (٣) الشعور بأن مسئولية التقويم تقع على عاتق الأعضاء جميعاً ؛ (٤) فهم الأعضاء أنفسهم ؛ (ب) تمثل أعضاء الجماعة لوظائف القائد وتوليها لهم تدريجياً . (جـ) التغير فى وظائف الجماعة : (١) من المشاركة المتمركزة – حول – الذات إلى المشاركة المتمركزة – حول – الجماعة ؛ (٢) زيادة التعبير التلقائى عن المشاعر والمعانى ؛ (٣) نقص الاعتماد على القائد ؛ (٤) تقبل معايير الجماعة .

التغيير المؤسسي : مشروع الابتكار التعليمي : يهدف المشروع إلى تطبيق أسس المنهج المتمركز – حول – العميل فى مؤسسة تسعى إلى تغيير إيجابى منتج . وهذه المؤسسة هى نظام تعليمي يشتمل على عدة مدارس ابتدائية ومدرسة ثانوية وكلية . وقد أعدت خطة تقوم على أساس عقد جماعات صغيرة متعمقة لأعضاء هيئات التدريس فى المدارس الفردية ، وللتلاميذ والآباء والإداريين ، ثم بعد ذلك لمجموعات تضم هؤلاء جميعاً فى المدرسة الواحدة . ويشتمل المشروع على بحث اختبار فرضية هى أن المشاركة فى الجماعات الصغيرة سوف تطلق الإمكانيات الخلاقة للمشتركين ، وسوف تحسن العلاقات الإنسانية بينهم ، وأن النتائج يمكن مشاهدتها فى العلاقات الإنسانية وفى الابتكارية داخل الفصل المدرسي وفى المنهج وفى اتجاهات كل الجماعات نحو المدرسة وفى اتجاه كل منهم نحو الآخر .

ويهتم المشروع بالتخطيط المشترك منذ البداية بين ممثلى المدارس والمشرفين الباحثين ، وكل ذلك على أساس تطوعى محض ، وأن تترك الحرية للأفراد لاختيار الجماعات التى ينضمون إليها سواء كانت جماعة نمو شخصى أم جماعة تبحث موضوعاً معيناً . ويحرص المشرفون على معرفة ديناميات هذه العمليات والصعوبات الكامنة فيها وأن ينسحبوا فى الوقت الملائم حين تصبح عملية التغيير فى أيدى المشتركين تماماً . وقد قدم روجرز تقريراً كاملاً عن نتائج هذا المشروع فى كتابه : Freedom to Learn والذى نشر عام ١٩٦٩ وفى فصول فى كتب أخرى . وقد كانت النتائج إيجابية بعامة بالرغم من تشابكها . وكان تأثير التجربة لازال ظاهراً فى المدارس بعد أربع سنوات . فقد قلت الفواصل بين فئات هيئات التدريس والطلبة والإداريين ، كما زاد الاتصال بين الأفراد فى هذه الفئات ، وزادت مشاركة الطلبة فى اتخاذ القرار على كل المستويات كما زاد نوع التدريس المتمركز – حول – الطالب . وقد تابع أفراد التجربة عقد الجماعات تلقائياً لمدة طويلة وانتشرت تطبيقات المنهج المتمركز – حول – الشخص فى كثير من الجامعات ومعاهد التعليم والمدارس لا فى أمريكا وحدها ولكن فى ألمانيا وإيطاليا وانجلترا وسويسرا واليابان وغيرها .

إدارة العملية العلاجية :

الموقف : نظراً لأن المنهج المتمركز – حول – العميل يستخدم فى مواقف عديدة ومتنوعة ، فإنه لا يوجد موقف واحد نموذجى ينطبق بعامة . وقد يكون الموقف بالنسبة للعلاج الفردى المباشر مكتباً عادياً بينما قد يعقد اجتماع فى معسكر أو فى ناد أو قاعة . ولا يتطلب موقف العلاج تجهيزات أكثر من مكان يتوفر فيه الهدوء والراحة .

العلاقات : وقد سبق أن ناقشنا هذا الموضوع . ولكن قد يكون من المناسب الإشارة إلى كيف يبدأ المعالج عادة مقابلة مع العميل أو الجماعة . قد يبدأ المعالج بأن يذكر مثلاً : « هذا أول لقاء بيننا لمدة ساعة . وأتمنى أن نستطيع التعارف بما يفيد » . ويكون تأكيد المعالج فى كل ما يذكره على « العلاقة » وليس على « مشكلة » العميل . أى أنه يقوم بنفسه بوصفه شخصاً يرتبط مع شخص آخر ، وليس بوصفه خبيراً لديه إجابة عن كل سؤال . ويسلك المعالج نفس المسلك ، فيعبر عن نفس الاتجاه ، ويذكر مثلاً : « لدينا ١٦ ساعة نقضيها معاً ، ونستطيع أن نتصرف فى هذا الوقت بأى طريقة نريدها . إننى لا أعرف ما سوف يحدث ، وأتطلع إلى تفاعل كل منا مع الآخر وأن يتعرف كل منا على الآخر . وفى ابتداء العمل مع الجماعة ، يعتمد المعالج على نفسه وعلى خبراته الداخلية ، بوصفها مصدر مشاركته ، كما يعتمد على نفس المصدر خلال عمله مع الجماعة . وتشير التقارير والبحوث إلى أن العلاج المتمركز – حول – العميل يستغرق ما بين ٩ ، ١٨ شهراً وهى فترة أقصر مما هى فى أنواع أخرى من العلاج (٢١ ، ص ١٣٨١) .

مشكلات المريض : القاعدة التى يقدمها روجرز لمواجهة مشكلات مثل تهديد العميل بالانتحار ، هى أنه إذا كان المعالج يرتاح إلى علاقته مع عميله ، فإنه يتعين عليه معاملته بوصفه شخصاً ، وليس بوصفه مشكلة مقدمة إليه . ويتعين على المعالج أن يستجيب بأمانة للشخص بوعيه الإلهامى . أما إذا لم يكن المعالج يرتاح إلى علاقته مع العميل ، فإنه يتعين تحويل هذا الأخير إلى معالج آخر .

الموقف من المدارس العلاجية الأخرى

رغم وجود تباين كبير فى ممارسات المعالجين النفسيين المنتمين لنفس المدرسة العلاجية ، إلّا أنه يمكن القول بأن المعالج فى مدرسة العلاج المتمركز – حول – العميل يقف موقفاً ثابتاً ضد العلاج الذى يهدف إلى التوجيه المباشر للعميل . ويشمل ذلك أى ممارسة تنزع إلى التركيز على المعالج بوصفه خبيراً يعرف ما يفتعل داخل العميل ، وأنه قادر على تشخيص العلة ووصف الدواء ؛ ذلك لأن المعالج فى المدرسة الروجيرية يؤمن بقدرة العميل على توجيه ذاته . وهو ينقل هذا الإيمان إلى العميل بطرق عدة ، فينأى عن أى تناول للموقف يتضمن استخدام لغة غامضة ومصطلحات فنية مهنية ، كما ينأى عن الاختبار التشخيصى وذلك لأنه يعتقد أن هذه الطرق تنحرف بالعملية العلاجية بعيداً عن متناول وسيطرة العميل فتقل ثقته بقدرته الذاتية .

والمعالج الروجيرى ينأى أيضاً عن أساليب السيكودراما والعلاج الجشتالتى وغيرهما من المناهج العلاجية التى تضع المعالج موضع الخبير وتنتقص من اعتماد العميل على قدرته الذاتية .

وقد سبق الإشارة إلى أن روجرز ينتمى إلى ما يسمى « القوة الثالثة » فى علم النفس والتى تمثل المدارس المختلفة فى علم النفس الإنسانى . ويلخص روجرز اختلافه مع التحليل النفسى فى أنه (أى روجرز) لا يتعاطف مع وجهة النظر التى تنادى بأن الإنسان هو أساساً لا عقلانى وأن دفعاته إن لم تضبط فإنها سوف تؤدى إلى دماره ودمار الآخرين . ويؤمن روجرز بأن السلوك الإنسانى عقلانى يتحرك فى تعقد غامض منظم نحو الأهداف التى يسعى كيانه العضوى إلى تحقيقها . وتقف دفاعاتنا عائقاً فى طريق وعينا بعمليات الكيان العضوى وهى العمليات التى توجه الإنسان نحو النمو الإيجابى . فإذا تحرر الإنسان من التحريف الدفاعى فإنه يعيش فى مسار خبراته الداخلية مسترشداً بالتغيرات الخفيفة والغامضة فى هذا المسار العضوى فى توجيه سلوكه . وعلى النقيض من التحليل النفسى ،

فإن روجرز يرى أن الدفعات الطبيعية للإنسان هى دفعات بناءة تؤدى إلى الصحة وإلى تحقيق الذات .

وبينما يرى التحليل النفسى أن التركيز على الماضى وفهمه يمكن المريض عن طريق تفسيرات المحلل من كسب البصر فى سلوكه الحاضر ، فإن نظرية العلاج المتمركز – حول – العميل تركز على الخبرات الحاضرة وتؤمن أن إعادة اكتساب الوعى والثقة بهذه الخبرة تمد الفرد بالمصادر اللازمة للتغير فى اتجاه النمو . وفى التحليل النفسى يحاول المحلل أن يفسر لمريضه الصلة بين ماضيه وحاضره ، ويلعب دور المعلم فى تفسير الاستبصارات للعميل ويشجع قيام علاقات طرح بينه وبين المريض ، وهى علاقة تقوم على أساس عصاب المريض . وفى المقابل فإن العلاج المتمركز – حول – العميل يركز على تيسير اكتشاف العميل لمعانى خبراته الداخلية الحاضرة ، ويقدم المعالج نفسه بأمانة وفى شفافية بقدر ما يستطيع ويحاول أن يقيم علاقة يكون فيها ببساطة الشخص الذى يهتم بشخص آخر ويستمع إليه . وبالرغم من قيام بدايات لعلاقات الطرح ، فإن مثل هذه العلاقات لا تكتمل فى العلاج المتمركز – حول – العميل . ويفترض روجرز أن علاقات الطرح ربما يسهل قيامها فى مناخ تقويمى يشعر فيه العميل بأن المعالج يعرف عنه أكثر مما يعرف هو عن نفسه ، وبالتالى يزداد اعتماد المريض على المحلل . ولكن المعالج فى العلاج المتمركز – حول – العميل يتجنب أى تعبير يشتم منه التقويم : وهو لا يفسر المعانى للعميل ، ولا يلح بالسؤال ضاغطاً على العميل أو متشككاً فيما يقوله . وهو لا يطمئن العميل ولا ينقده ولا يمدحه ولا يصفه . ورغم أن علاقة الطرح مركزية فى التحليل النفسى ، إلّا أنها لا تشكل فى العلاج المتمركز – حول – العميل جزءاً ضرورياً لتغير العميل ونموه .

وبينما لا يحاول العلاج السلوكى التقليدى دراسة الخبرة الداخلية للشخص لأنها غير قابلة للملاحظة أو للتكرار المضبوط ، فإن روجرز يرى أن إهمال أو تجاهل الخبرة الداخلية وتأثيرها على السلوك يشكل مأساة . وهو يرى أن علماً موضوعه الشخص يجب أن يحاول فهم الكائن الإنسانى فى كل جوانبه . وإذا كان يفترض فى العلاج السلوكى أن تغير السلوك يحدث خلال الضبط الخارجى للمنبه وللثواب ، وأن هدفه إزالة الأعراض فلا يهتم بعلاقة الخبرة الداخلية بالعَرَضَ أو بالعلاقة بين شخص المعالج وشخص العميل أو بمناخ هذه العلاقة فإن تغير

السلوك فى العلاج المتمركز – حول – العميل ينبع من داخل الفرد . ويعتمد الشخص الذى يعمل وظيفياً بوصفه كلاً على خبراته الداخلية لتحديد سلوكه .

التقـويـم والبحـوث

يمكن القول بأنه لم تدرس مدرسة فى العلاج النفسى دراسة امبيريقية بقدر ما درست مدرسة العلاج المتمركز – حول – العميل . وقد حرص روجرز وتلامذته على دراسة المادة الخام للعلاج النفسى بقصد فهم عملية التغير . واستخدموا لهذا الغرض ولأول مرة التسجيلات بالصوت والصورة لحالات كاملة بقصد الدراسة والتجريب ، وبخاصة العلاقة بين استجابة المعالج وتغير العميل . وقد صدرت تقارير عديدة على فترات مختلفة منها كتاب روجرز ودياموند « العلاج النفسى وتغير الشخصية » عام ١٩٥٤ ، وقد قدما فيه تقارير عن ٢٥ عميلاً وحالة ضابطة درست قبل وبعد العلاج ثم متابعة لها . وكانت الحالات مضطربة بدرجات خفيفة . ويخلص تروكس وميتشيل (٢١ ، ص ١٣٨٤) من عرضهما للبحوث التى تناولت فعالية ظروف العلاج إلى أن المعالجين الذين اتسموا بالتعاطف وحرارة الاتجاه والأصالة دون تملك ، كانوا فعلاً ذوى فعالية ، وبصرف النظر عن المدرسة العلاجية التى ينتمون إليها ومع فئات متنوعة من العملاء وفى كل من العلاج الفردى والعلاج الجماعى . ومن النتائج التى توصل إليها الباحثون فى علاج العملاء من غير نزلاء المستشفيات ، هو أن « العميل يصبح أكثر تكاملاً كما تكشف عن ذلك الأساليب الاسقاطية مثلاً . ويظهر عدد أقل من الخصائص التى ترتبط بالعصابية أو الذهانية ، وخصائص أكثر مما يرتبط بالسواء » . ويتغير إدراك الذات ويصبح مفهوم الذات أكثر واقعية ويحس الفرد بأنه أقرب مما يرغب فى أن يكون عليه . ويعاد تقييم الذات ويكتسب الفرد قدرة أكبر على التوجيه الذاتى والتعبير الذاتى ، ويصبح أكثر تقبلاً لنفسه وللآخرين ويحس بأنه أقل حاجة لأن ينكر أو يكبت شيئاً . ويصبح الفرد أقل شعوراً بالاحباط وأكثر سرعة فى التخلص من الاحباط وأقل دفاعية وأكثر مواءمة وتكيفاً مع المواقف المختلفة (٢١ ، ص ١٣٨٤) .

وقد وجد فى بحوث روجرز مع الفصاميين أن أولئك المرضى الذين تلقوا أعلى درجة من التعاطف الدقيق فى العلاقة العلاجية قد أظهروا أكبر قدر من

النقص فى الباثولوجية الفصامية . وقد أعد باريت – لينارد عام ١٩٦٢ قائمة العلاقات Relationship Inventory وهى أداة لقياس اتجاهات كل من المعالج والعميل نحو العلاقة العلاجية . وأوضحت عدة بحوث أن إدراك العميل لدرجة التعاطف والظروف الميسرة الأخرى أقدر على التنبؤ عن التغير العلاجى ونتيجة العلاج من إدراك المعالج نفسه لهذه الصفات (٢١ ، ص ١٣٨٥) .

وقد عرض روجرز وسانفورد سلسلة من الدراسات فى المجال التربوى وفى غيره من المجالات منها : (١) دراسات قام بها آسبى وروبك وزملائهما امتدت ١٧ عاماً فى ٤٢ ولاية من الولايات الأمريكية المتحدة ، وسبع دول أخرى وحصلوا فيها على تسجيلات صوتية بلغت ٣٧٠٠ ساعة من التدريس فى الفصول قام بها ٥٥٠ مدرساً فى المدارس الإبتدائية والثانوية . وقد قام بتقدير التسجيلات مقدرون موضوعيون على عدد من متغيرات المدرس ووجدت الارتباطات بينها وبين تحصيل الطلاب والقدرة على حل المشكلات ومفهوم التلميذ عن ذاته وغير ذلك من المتغيرات ؛ (٢) دراسات رينهارد وآن مارى توش فى جامعة هامبورج بألمانيا وهى شبيهة إلى حد ما بالدراسات السابقة ؛ (٣) تقويم جماعات « لقاء مواجه » من فئات عمرية مختلفة ؛ (٤) جماعات من التلاميذ العصابيين فى تجارب مقارنة ؛ (٥) مقارنة بين عملاء مركز ارشاد ومن هم فى قائمة الانتظار ؛ (٦) جماعات من المرضى بالسرطان فى ألمانيا . ويخلص روجرز من عرضه لهذه الدراسات إلى : (١) الظروف العلاجية الميسرة لها فعاليتها أيضاً فى عمليات التعلم والدراسة فى أمريكا وفى غيرها ؛ (٢) العامل الأساسى فى التغيير هو إدراك الاتجاهات الميسرة لدى المعالج أو المدرس أو من يقدم العون ؛ (٣) يمكن أن يحدث تغيير مستمر لدى كل الأعمار ؛ (٤) عملية التغيير فى العلاج الفردى المتمركز – حول – الشخص أو فى الجماعة المتمركزة – حول – الجماعة تؤدى إلى الصحة النفسية . كما كشفت الدراسات عن جدوى العلاج الجماعى وتدريب غير الاختصاصيين وصلاحية العلاج مع كل المستويات الاقتصادية – الاجتماعية (٢١ ، ص ١٣٨٥) . ولكن بالرغم من الانتشار الواسع لمنهج روجرز ، إلا أن روجرز نفسه يقرر أن هذا المنهج لم يطبق بعد بصورة ثورية وذلك لأنه يصعب فى تقديره تغيير القديم ولكن السبب الأهم هو أن المنهج يحمل فى طياته تهديداً للمعالج التقليدى أو المدرس أو المدير .

الفصل السادس
العلاج النفسى الوجودى والخبروى

مقدمة وتعريف :

يمثل علم النفس الوجودى ثورة ضد النظرة إلى الإنسان التى سادت الفكر الغربى منذ العصور الوسطى ، وهى النظرة التى تسيطر عليها العقلانية والعلم الامبيريقى ، والتى أسماها ماريتين « استبدادية هيجل بالعقل » ، والتى ترى الإنسان كما لو كان آلة تتسم بالثنائية والاختزالية والحتمية ، وهى نظرة تقدم بوصفها نسقاً لا يقبل التساؤل ، وعلى أنها تشكل اللغة المستخدمة فى فهم الشخص وبنية الشخصية والسيكودينامية والعلاقات بين الأشخاص ، كما أنها تكون على أساس تصنيف الشخص إلى سوى ولا سوى ، صحيح أو عليل ، والتى تفهم فى ضوئها العمليات الإنسانية ويطبق العلاج النفسى ويقوِّم . وقد تخلت العلوم الطبيعية عن هذه النظرة ، إلّا أن العلوم الإنسانية ظلت فى تقدير اوفمان (٢٠ ، ص ١٤٣٨) متمسكة بها دون وضعها موضع التساؤل بوصفها امبيريقية منطقية ، وبذلك فهى تستند إلى أساس فلسفى ناقص . وقد بدأت ترتفع منذ العشرينات من هذا القرن أصوات النقد لهذه النظرة من جانب مفكرين من أمثال وايتهد ، وبعده هيدجر وسارتر وسيجموند كوش ؛ وفى السنين الأخيرة يانكيلوفيتش وباريت وكوبر ، واسترسون واوفمان وزيمباردو وهويلر وغيرهم .

ويعارض العلاج الوجودى معارضة شديدة النظرة التى تقسِّم الشخص من الداخل (انقسام الذات على نفسها) ومن الخارج (أخطاء تصور العلاقة بين الأشخاص وبين الأشخاص والعالم) . وتحاول الوجودية فهم الأشخاص ومساعدتهم على فهم أنفسهم عن طريق تحدى الفجوة الضمنية بين الشخص والشخص وبين الشخص والموضوع . وينظر إلى الصعوبات التى يواجهها الأشخاص بوصف أنها ترتبط ارتباطاً مباشراً بهذه الفجوة المتضمنة . أى أن الوجودية تمثل محاولة لفهم الإنسان عن طريق التحرر من الفصل بين الذات

والموضوع ، وهو الفصل الذى حيَّر الفكر والعلم الأوربيين منذ عصر النهضة . والفكرة الأساسية فى الثورة الوجودية هى أساساً الاعتراف بأن البشر يقفون فى علاقة توهم بالتناقض مع عالم الطبيعة ، فهم من هذا العالم ، أى أنهم يشاركون مشاركة داخلية متشابكة معه . وينظر العلم إلى الإنسان بوصفه ذا ماهية محددة(*) essence أو ميكانيزما ، إلّا أن الوجودية ترى أن الإنسان يجب أن يفهم بوصفه « وجوداً »(*) بالمعنى الحرفى للوجود existence . وهكذا ، فإن الإنسان غير قابل للفصل من الموضوع الملحوظ ، فهو « وجود – فى – العالم » being-in-the-world . ويستمد معنى الواقع الموضوعى من انشغال الإنسان بعالمه . ومن خلال الشعور التأملى الفريد يكون حراً أو غير مقيد .

وهكذا ، فإن الخبرة الإنسانية يجب أن تكون المركز الصحيح للاهتمام فى فلسفة لحياة الإنسان . ولا تقبل الوجودية نموذجاً مثالياً أو أصولياً أو مادياً أو آلى الشكل . كما ترفض التطبيق الأعمى للطرق العلمية المعيارية القائمة على أساس تكنولوجى ، واعتبارها الطريق الوحيد لدراسة وعلاج البشر . وتقدم الوجودية إمكانية جديدة تتسم فى تقدير المتشيعين لها بالكفاءة لأنها تدخل فى اعتبارها الذاتية الإنسانية ، وبذلك يمكن أن تعلن ثورة علمية فى العلوم الإنسانية . وهى ثورة تدعو إلى نظرة إلى العلم أكثر مرونة ، وتقوم على أساس تصور مختلف لما هو فريد إنسانياً .

وترفض الوجودية المناهج التى تنظر إلى الأشخاص بوصفهم مجرد موضوعات أخرى . وهى تتحدى القدرة على التحقق من الفروض أو نفيها بالطريقة العلمية المعيارية من خلال قابلية تكرار المواقف وضبط التفاعلات بين

---

* يستخدم إمام عبد الفتاح فى ترجمته لكتاب جون ماكورى « الوجودية » (سلسلة عالم المعرفة ، الكويت ، ١٩٨٢) . « الماهوية » للفرد و « الماهية » حين تطلق على « الماهية » العامة . كما يستخدم « الوجود الخاص » ترجمة لكلمة existence و « الوجود العام » ترجمة لكلمة being . ويقدم المؤلف الشكر للأستاذ الدكتور إمام عبد الفتاح إمام لتفضله بمراجعة مخطوط هذا الفصل والتعليق عليه ، إلّا أن المسئولية عن الأخطاء هى بالطبع مسئولية الكاتب .

الأحداث واستجابات الأشخاص موضوع الدراسة . وفى العلوم الإنسانية ، فإن تكرار موقف تاريخى فردى أو جماعى هو أمر مستحيل فى الأساس . ورغم ظهور ما يبدو أنه تكرار ، فإنه فى كل حالة نتاج جهد خادع وهمى لتجريد الذات من التاريخ . وهى طريقة أساسية تستخدم لاختزال المسئولية الفردية وما يصاحبها من قلق . وفى محاولة ضبط المتغيرات ، فإن النموذج العلمى المعاصر يضفى دوراً سلبياً ضمنياً للأشخاص . ففى مثل هذه التجارب ، يعرض الشخص لمنبه ، ويخضع لظروف مضبوطة معينة . والفرد لا ينظر إليه فقط بوصفه « موضوعاً » object ، بل إنه يعامل على أنه كذلك .. وتدرس الاستجابة المجزأة المضبوطة بعناية ، وليس الفعل الإنسانى . ومن ثم ، فإن السلوك يخطط له بصورة يصعب فيها التعرف عليه ومن الواضح أن ذلك نوع من « النبوءة المحققة لذاتها » يتعرض فيه الناس إلى قواعد تتحكم فى التجربة ، وتحرمهم من المبادأة والابتكارية أو حرية الفعل . وفى محاولة التحكم فى تلك العوامل المشوشة للعلاقات بين الأشخاص ، فإن القائم بالتجربة يتجنب هذه الأحداث الإنسانية الفريدة بوصفها الأحداث المركزية الجديرة بالدراسة . وبالتالى ، فإن الأشخاص الذين يعاملون بهذه الطريقة يغلب أن يستجيبوا طبقاً لذلك ، وطبقاً لنفس القواعد الوظيفية للسلوك كما تفعل الحمائم أو الفئران أو الأسماك . ويقرر زيمباردو (٢ ، ص ١٤٣٨) أنه « فى الظروف المعيارية ، يستطيع القائم بالتجربة أن يفترض وجود استمرارية فى السلوك ، وقد خلقها بصورة مصطنعة » .

والوجودية هى توجه نحو فهم طبيعة وجود الإنسان ومعناه ، أو هى « أسلوب فى التفلسف » على حد قول ماكورى(*) . والوجودية ليست مدرسة موحدة كالتحليل النفسى مثلاً بما له من تفريعات أو مشتقات ، وإنما هى طريقة فى التفكير يمكن لأى معالج من أى مدرسة أن يتبعها فى العلاج . وللوجودية جناح يسارى يتمثل فى كتابات سارتر وجناح يمينى يتمثل فى كتابات الكاثوليكى مارسيل . كما أن لها منظرين من أمثال بيوبر وهيدجر ، واكلينيكيين تطبيقيين من أمثال بنفسنجر . ويتبنى المنهج الوجودى معالجون من مدارس متباينة ، ولكن

(*) انظر : جون ماكورى « الوجودية » ترجمة إمام عبد الفتاح إمام ، سلسلة عالم المعرفة (٥٨) ، الكويت ، ١٩٨٢ .

ينقصها مجموعة من « الأساليب العلاجية » يمكن دراستها وتعلمها وتطبيقها . فالوجودى يهتم أكثر ما يهتم بما يسمى « الوجود – فى – العالم » أكثر مما يهتم بطرق معينة للسلوك . وفى هذا الجانب ، يبدو أن الوجودية تتعارض بصورة درامية فى آرائها مع الاهتمام بالسلوك والذى تركز عليه مدارس مثل علم النفس الفردى لآدلر ونظرية العلاقات الشخصية لساليفان . فالوجودية منهج يلتزم بالاهتمام بالذات وبمعنى وجود الذات . وينظر إلى السلوك على أنه يشتق من تأسيس وجود للذات له معنى .

ويختلف الوجوديون فيما بينهم اختلافاً كبيراً فى المصطلحات المستخدمة وفى الوسائل التى يأملون عن طريقها فى تحقيق أهدافهم ، بل إنهم يختلفون فى تحديد الأهداف التى تستحق أن يسعى الفرد إليها . ولكنهم يلتزمون بالسعى إلى طريق جديد للتحرر من المادية التى تطغى على حضارة اليوم والتى أنتجت « إنسان المنظمة » organization man والفتى المتمرد على أعراف المجتمع beatnik والجمود المتعدد الألوان الذى يحاول به الإنسان وقاية نفسه من تعقيدات الحياة الحديثة . والوجودية لا تسعى إلى مجرد تحسين أساليب العلاج ، ولكنها تسعى إلى صياغة أهداف جديدة لا تتناول مجرد باثولوجية الشخص بل أهداف الإنسانية كلها . وهى فى اتساعها تصبح سعياً وراء طريقة جديدة فى الحياة لكل البشر تضفى على الوجود ثراء المعنى بحيث تصبح معها الباثولوجية غير ضرورية ، وهى الباثولوجية التى تملأ اليوم المستشفيات والسجون والاصلاحيات والمحاكم . وفى هذا الإطار ، يمكن النظر إلى الوجودية بوصفها « نظاماً » للصحة العقلية البشرية . ويعتقد الوجودى أن المعالج إذا اتسم بهذه الاتجاهات وإذا كان مستعداً لأن يعيد باستمرار فحص وجوده هو ، فإنه يمكن أن يضفى على العلاج نظرة جديدة تختلف عن النظرة التشاؤمية التى تميز الكثير من العلاجات المعاصرة . ويمكن أن يُكسب عميله نظرة جديدة فى طلب الحياة والحب كما يمكن لهذه النظرة أن تتسع لتشمل المجتمع .

ويلخص كورشين (١٥ ، ٣٥٦) الموضوعات الكبرى فى الوجودية المعاصرة على النحو التالى : (١) الإنسان حر وله أن يختار ، وذلك مستمد من القدرة الإنسانية المميزة على الشعور والشعور بالذات ؛ (٢) يرتبط الإنسان بالآخرين وبعالمه ارتباطاً لا فكاك منه . وهنا تبرز مفاهيم مثل « المشاركة »

و « الحضور » و « الملاقاة » ؛ (٣) يتضمن الوجود لا وجود . ذلك أن الواقع الحتمى للموت يعطى معنى للوجود . كما أنه هو أيضا مصدر القلق « الوجودى » أو العادى ؛ (٤) من خلال الملاقاة يمكن للإنسان أن ينمو وأن يرتقى ، فهو ليس سكونياً (استاتيكياً) . وفوق ذلك فإنه يمكن أن يتعالى على الموقف الحالى وأن يتجاوز ماضيه أو أن يتصور ويرمز ومن ثم يصل إلى اختيارات مستقبلية مثلى ؛ (٥) ولكن الإنسان الحديث يشعر أيضاً بالاغتراب عن عالم الطبيعة والإنسان ، فيشعر بوحدة متزايدة وبعزلة عبر عنها الروائى الوجودى كامى Camus بصورة حية . واليوم يشكو المرضى بصورة أقل من أعراض عصابية معينة ، بينما يشكون أكثر من « عصاب وجودى » أى الإحساس بالعزلة وعدم الرضا الناتجين عن فقدان المعنى فى حياة الفرد ، إذ يعيش الكثيرون فى « فراغ وجودى » على حد تعبير فرانكل .

وسوف نقدم لتاريخ الوجودية وبداياتها فى إطار سيكولوجى . ونناقش أسسها ومفاهيمها العامة ، من خلال التركيز على منهجين يستمدان بعض جذورهما من الوجودية ويتسمان بالوضوح والبساطة والتحديد – على الأقل نسبياً ، وهما : العلاج الخبروى (جندلين) والعلاج المعنوى (فرانكل) ، وذلك فى إطار التعريف التالى (٨) : « العلاج الوجودى هو العلاج الذى يرى أن الفرد يصنع نفسه ، ويغير نفسه فى حياته الحاضرة . فالماضى لا يحدد حياة الشخص ، كما أن هذه الحياة لا تتحدد بالآليات الداخلية ، فالناس ليسوا آلات تعمل طبقاً لمعادلات رياضية . وفى العلاقة العلاجية ، يعيش كل من المعالج والمريض فيما هو أبعد من البنى . فالأشخاص وجود وليسوا تعاريف . والقلق ليس مرضاً ، ولكنه تجنب لإمكانيات الحياة . والحلول ليست فى الماضى ، وليست داخل الشخص ولكنها فى الحياة المتفتحة تفتحاً راديكالياً للاختيارات . والعلاج الخبروى يعمل بصورة عيانية فورية . واحساس الفرد بخبرته الفورية ليست انفعالاً وليست كلمات وليست حركات عضلية ولكنها شعور مباشر بتعقد المواقف والصعوبات » .

التـــاريـخ

تقوم الوجودية على أساس أفكار كيركجور ودلتاى وهوسرل وهيدجر وسارتر وميرلو - بونتى .

كيركجور : (١٨١٣ - ١٨٥٥) يعتبر سرن كيركجور فى نظر الكثيرين « الرائد الأول للوجودية : مؤمنة وملحدة على حد سواء » .. وينظر الفكر الوجودى « بشىء من الاستخفاف إلى الموضوعات الفلسفية المألوفة مثل مشكلات المنطق ونظريات المعرفة ليعطى قدراً أكبر من الاهتمام بموضوعات مثل الحرية واتخاذ القرار والمسئولية .. وهى موضوعات تشكل جوهر الوجود الشخصى ، لأن ما يميز الإنسان عن موجودات العالم الأخرى هو ممارسته لحريته وقدرته على تشكيل مستقبله . وكذلك ظهرت مشكلات جديدة من بينها : التناهى ، والإثم ، والخطيئة ، والاغتراب واليأس والقلق والموت ، إلخ ... وهى موضوعات لم تناقشها الفلسفة التقليدية باسهاب فى حين أنها تعالج بالتفصيل عند الوجوديين بعامة وعند رائدهم كيركجور بشكل خاص (١ ، ص ٩) .

ويضيف إمام فى كتابه الممتاز « كيركجور رائد الوجودية » إلى ما سبق ، قوله أن كيركجور كان يريد أن يحل « المفكر الذاتى » الذى ينشغل بدراسة الصراع و « التوتر » واليأس والقلق ، والالتزام ، والمخاطرة ، والمسئولية والمقارنة والحياة الجمالية الحسية ، والخطيئة ، والإيمان ، والحياة الأخلاقية ، الحياة الدينية ، والعثرة ، و « اللامعقول » ... إلخ إلخ - محل « المفكر الموضوعى » أو « الفيلسوف الهيجلى » الذى حول الواقع العينى الحى إلى مجموعة هائلة من التصورات العقلية ، والمفاهيم المجردة (١ ، ص ٢٣) ... « إننا هنا أمام نظرة فلسفية جديدة تجعل الذات البشرية محور اهتمامها ومدار بحثها ، وتجعل العمل - لا النظر ولا المعرفة - أساس اهتمام الفيلسوف معتمدة فى ذلك على المسيحية ، فليس فى الدين معرفة وإنما عاطفة وحب وإيمان ... » (١ ، ص ٢٤) .

دلتاى Dilthey : (١٨٣٣ - ١٩١١) ثار فلهلم دلتاى ضد النظرة السائدة فى العلوم الرياضية والطبيعية فى نهاية القرن التاسع عشر ، وكان يرى أن

عمية الحياة ذاتها منظمة تنظيماً عالياً ، وأن المنطق فقط هو الذى استخرج واستخدم أنماط الحياة القليلة المنظمة لذاتها . وهكذا يستمد العلم من الحياة ولا يمكن للعلم الزعم بأنه يشرح الحياة ويختزلها إلى الأنماط القليلة المزيلة التى يستخدمها .

هوسرل Husserl : (١٨٥٩ – ١٩٣٨) حاول ادموند هوسرل أن يضع الفكر على أساس جديد وذلك عن طريق نبذ النظريات والتخمينات ، وأن يسمح للمفاهيم بأن تنبع مباشرة من الطريقة التى يخبرها بها الناس فعلاً . فمثلاً ، فكرة أن الناس يخبرون الأصوات والألوان (ادراكات حسية نقية) لا تصمد إذا فحصنا الخبرة كما يمر بها الإنسان ، كأن يسمع الفرد باباً يغلق بعنف أو أن يرى شخصاً أو شجرة . والتخمين يفرض على الخبرة نظرية تتكون بمقتضاها من قطع أو أجزاء من الصوت واللون . ولكن على الأساس الخبروى يجب أن تنبع التأكيدات مباشرة من الخبرة . ويستطيع كل الناس أن يستوثقوا منها عن طريق خبرتهم الذاتية . هذه النظرة فى تأسيس الفكر هى ما أسماها هوسرل « الظاهراتية » أو الفينومينولوجيا phenomenology . والوجودية ظاهراتية بمعنى أنها تسعى إلى فهم الخبرة كما هى بدلاً من فرض مخططات نظرية مخترعة على الخبرة . وقد وجد هوسرل أن « عالم الحياة » العادى هو متضمن دائماً فى طريقة الخبرة . فالفرد لا يخبر « الخبرة » أو المشاعر مجردة ، ولكنها دائماً خبرة حول مواقف الحياة فى العالم أو هى خبرة بهذه المواقف أو خبرة فيها . ويسمى هوسرل ذلك بـ « القصدية » intentionality ، وهى لا تعنى فقط ما يقصد الفرد إلى عمله ، ولكنها تعنى الكلمة الكلاسيكية الفلسفية « القصد » وتشير إلى ما تدور الكلمات حوله أو عليه . فالخبرة دائماً « حول » أو « عن » أو « فى » . ولذلك فإن الوجودية ليست هى مذهب الذاتية subjectivism ، وإن كانت تولى اهتماماً كبيراً بالخبرة الذاتية بوصفها معيشة فى العالم وفى المواقف مع الآخرين .

هيدجر Heedegger : (١٨٨٩ – ١٩٧٦) بدأ مارتن هيدجر فلسفته بتقرير حقيقة هى أنه مهما كان الموضوع الذى يخبره الفرد ، فإن ذلك يكون دائماً فى سياق context فى عالم . والناس يُلقون فى مواقف فى الوقت الذى يبدأون فيه التفكير . وهو يرى أن الخبرة هى أساساً تاريخية ، أى أن المواقف المعاشة والخبرة تصنعان حضارياً . والخبرة ذات خلفية طويلة ، وتتضمن تفكير

وكلام وأفعال الأجيال الماضية . ولذلك ، فإن الفرد لا يستطيع أن يفعل أى شىء يريد من أى موقف أو خبرة . وبالرغم من ذلك ، فإنه لا يوجد كائن إنسانى مقفل ، ولا تتحدد مواصلة الفرد للحياة وللتفكير أبداً بما هو كائن . ويرى هيدجر أنه إذا تنبه الفرد لمشاعره ، فإنه سوف يحس بفهم قائم سابقاً فى المشاعر ولكنه يتحرك إلى ما هو أبعد منها . فالفرد يشعر بمواقفه هو ، وبتعايشه مع الآخرين . ولكن المواقف ليست حقائق فيزيقية ميتة . فهى تقوم على ضوء حياة الفرد وكفاحه . والحائط عائق لمن يريد أن يكون على الجانب الآخر . وهو وقاية لمن يطلب الدفاع . والموقف هو دائماً جزئية فى ضوء حقائق ولكن هذه الحقائق نفسها هى حقائق فقط فى ضوء التفكير فى المستقبل . أى أنها شىء لا يوجد ويريده الفرد أو يريد أن يتجنبه . ويمكن للفرد أن يفكر فى عدد لا نهائى من الامكانيات المجردة . ولكن الامكانيات « الحقيقية » أو « الأصيلة » authentic يمكن تحقيقها فقط من تنبه الفرد إلى شعوره بما هو قائم . وفى هذا التنبه وفى هذا الفعل الناتج عن التنبه ، يتحرك الفرد إلى وراء ما هو كائن عن طريق التخطيط للامكانات الحقيقية .

بيوبر Buber : (١٨٧٨ – ١٩٦٥) اهتم مارتن بيوبر أيضاً بعملية العلاقة العيانية كما تقارن بالمعرفة بشىء .

سارتر Sartre : (١٩٠٥ – ١٩٨٠) يرى سارتر أن عملية الحياة غير قابلة للاختزال إلى تعاريف . ويطلق جان بول سارتر على عملية الحياة اسم « الوجود » existence وهو مضاد للماهية essence وهى الكلمة الفلسفية التى تعنى التعريف و « الوجود سابق للماهية » شعار وجودى يعنى أن الموجودات الإنسانية هى التى تصنع ماهيتها ، ولذلك لا يمكن فى النهاية اختزال هذه الكائنات الإنسانية إلى تعاريف . ويكتب سارتر دائماً عن الكائنات الإنسانية بوصفها « وجوداً » أو « موجودة » دائماً . وهى « غير موجودة » فى أى تعريف أو أى نوع من الأشخاص أو أى تصنيف . فلا يوجد فرد يكون مجرد خادم أو جنسى مثلى أو مجرد أى شىء يمكن تعريفه ، ذلك أن تعريف شىء يعنى الإبقاء عليه فى حالة سكون (ستاتيكية) أو يعنى أننا نصنع شيئاً من الحياة الإنسانية . ولكن الأمر ليس هو أن هناك تغيراً دائماً ، فنحن حتى إذا أبقينا على شىء فى حالة ستاتيكية ، فإن ذلك يتطلب أن « يفعل » الشخص هذا الإبقاء على الشىء فى حالة

ستاتيكية . فمثلاً ، يمكن لفرد أن يعيش « كما لو كان » أستاذاً ، يفعل فقط ما يتلاءم وهذا الدور ، ولكن ذلك يتطلب الإبقاء على هذا الدور والإمساك به وبذل الجهد فى سبيل ذلك . وهذا الإمساك وهذا البذل للجهد هما الحياة الإنسانية التى لا يمكن تجنبها والتى تتجاوز دائماً أى دور . وهكذا ، فإن عدم التغير كما هو الشأن فى التغير هو عملية-حياة تتجاوز التعريفات . ومن الحق القول بأن كتابات الفلاسفة الوجوديين يصعب قراءتها ويسهل سوء فهمها . فكلمة « الوجود » يسهل أن تصبح تجريداً متناقضاً أو مفارقة . فالوجود هو أيضاً دائماً غير ماهوى ، وهو يتجاوز ما يمكن للفرد قوله ويمكن أن يصبح غامضاً إلا إذا تذكرنا أنه ليس شيئاً يفكر فيه الفرد بل هو ما عليه الفرد وهو ما يعيشه . ويضيف جندلين (٨ ، ص ٣١٨) أن الفرد « يشعر » وجوده هو . وهذا الشعور أساسى لأفكار مثل « الأصالة » **authenticity** و « المعيشة الأصيلة » و « الارتباط الأصيل بالآخرين » . ويصوغ جندلين الوجودية بطريقة جديدة يعتقد أنها أكثر إيجابية ، حيث أنه بدون التأكيد على الخبرة تبدو الوجودية سلبية . فهى تذكر لنا كيف أنه لا يمكن تعريف الكائنات الإنسانية وكيف أنه لا يمكن الإبقاء عليهم فى حالة ستاتيكية ، وكيف أنه لا يمكن اختزالهم إلى ضرورة رياضية ، ولكنها لا تذكر لنا كيف نصنع معانى إيجابية وحياة إيجابية من هذه السلبيات . ويتوقف الاستخدام الإيجابى للوجودية على مدى ما يتوفر بصورة مباشرة لعملية الحياة ، وهى التى تتجاوز الكلمات والتعريفات النهائية . وهذا التوفر يتحقق عن طريق « المشاعر » **feeling** ولكن جندلين يستخدم هذه الكلمة بمعنى محدد جداً يختلف تماماً عن الانفعال **emotion** وهو ما سوف نعرضه فى الفقرات الخاصة بالمفاهيم الأساسية .

ميرلو – بونتى Merleau – Ponty : (١٩٠٨ – ١٩٦١) يرى ميرلو – بونتى أن « الجسم » الحى **living body** يتميز بالخصائص التى نسبها الفلاسفة الأوائل للخبرة وللوجود . وهو يتصور الجسم ليس فقط بالطريقة التى يتصورها الفسيولوجيون ، ولكن أيضاً بوصف أن الجسم « يقصد » وظيفياً إلى أحداث خارجية مرتبطة . ويقرر ميرلو – بونتى أن تصوره للجسم غير محدد بعد . ومرة أخرى ، فإن تصورات ميرلو – بونتى سلبية . فالخبرة « غامضة » غير محددة بالصورة التى تحددها المفاهيم العلمية . ولا يجب النظر إلى الحياة

والجسم كما تعرفها نتائج التحديد العلمي . فحياة الجسم هي العملية التي ينشأ فيها أو منها مثل هذا التحديد . والاسهام الإيجابي لميرلو - بونتي هو في حثه لنا على اعتبار عيانيات الجسم بوصفها وجودنا . وكان الفلاسفة الوجوديون الأوائل ينزعون إلى عدم ذكر الجسم الفيزيقي الحقيقي إلا حين ينقدون الاختزالية الفسيولوجية physiological reductionism ، وحين يتجنبون ذلك الجسم الذي سبق دراسته وتعريفه في علم الفسيولوجيا . ولم يكن ميرلو - بونتي يتخوف من إدراج النتائج العلمية الامبريقية الخارجية ، طالما أنه يكون من الواضح أنه لا يمكن اختزال الحياة العينية إليها وطالما أننا ننظر إليها على أنها « تحديدات precisionings » من الحياة العينية .

وفي الحديث عن العلاج النفسي الخبروي بوصفه طريقة علاجية ، فإنه يتعين الإشارة إلى الرواد الأوائل من أمثال هويتكر ووراكتنر ومالون ، كما يتعين ذكر أعمال اوتورانك وجيسي تافت وفردريك آلن وكارل روجرز . ويرى اوتورانك أن خبرة الشعور هي التي تكشف عن الفردية الكلية ، وهي الهدف الوحيد من الشرح والفهم ، أي أن يفهم المريض ذاته في الخبرة المباشرة . وهو ما يسمح في عملية العلاج بأن يكون الفهم والحياة شيئاً واحداً . وتهتم جيسي تافت كما يهتم فردريك آلن بالتأكيد على عملية الحياة وعلى التفاعل بين المريض والمعالج . وهما يسعيان إلى تناول كل مشكلة لا عن طريق مناقشتها ولكن من خلال الطريقة التي يظهر بها المريض المشكلة في تفاعله الحاضر مع المعالج . ويهتم روجرز بجانب المشاعر في اتصاله مع العميل ، وقد وجد أن ذلك يؤدي إلى الحركة والتغيير ، وأن فرض التفسيرات والخطط غير منتج . أما هويتكر ومالون ، فإنهما قد قصدا في طريقتهما العلاجية إلى التحرك إلى ما هو أبعد من مجرد النقاش اللفظي والبصر التصوري . وقد وجدا أن استخدام الأخيلة التلقائية والاستجابة الانفعالية الأصيلة نحو المريض ينتجان تفاعلاً شخصياً ثرياً .

البدايـــــات

ابترك بنسفنجر Binswanger أسلوب « تحليل الوجود المتعين » daseinanalyse[1] وهو مصطلح يمكن ترجمته إلى « تحليل وجودي » أو تحليل

يترجم إمام عبد الفتاح إمام (مرجع سابق) كلمة dasein إلى « الوجود المتعين » ، أي الوجود هنا « هناك أو الوجود الجزئي المتعين المحدد كوجود الإنسان الفرد (ص ٣٣)

الظرف الإنسانى للشخص . وقد بدأ بنسفنجر من مناقشات هيدجر للرعاية care ، والموت ، والاختيار ، والذنب . وكان اهتمامه موجهاً إلى التمسك بما هو إنسانى . والكثير من أعماله يركز على التحليل الوصفى للخبرة الذهانية دون فرض تقويم لها . وهو يؤكد على الحب لا بوصفه شيئاً يدرس موضوعياً ، ولكن بوصفه اجتماعاً وتعايشاً وملاقاة كاملة بين فردين . وقد تقدم ميدار بوس Medar Boss خطوة فى التحليل الوجودى ، وربط بين أنماط الخلل الوظيفى الشخصى والتأكيد فى العلاج النفسى على العلاقات الشخصية . ويسير بوس أساساً على خطى هيدجر . والكثير من التحليل الوجودى نظرى ، فهو تحليل للطرق المختلفة التى يبنى بها الناس والعالم والمكان والزمان والمواقف . وكلمة التحليل هنا لا تعنى غالباً عملية علاجية ولكن تحليلاً نظرياً .

ويعتبر روللو ماى Rollo May مؤسس العلاج النفسى الوجودى فى أمريكا . وهو يؤكد على المسئولية المباشرة للعميل عن حياته ، وعن التحديات التى تكمن فيما يبدو فى البداية أنه قلق . وهو يحث بشجاعة على استقلال الشخص فى مواجهة العوامل التى تبدو زيفاً أنها محددة لمصيره وأنها تجبر الشخص على التراجع وتجنب الحياة . وبالنسبة لماى ، فإن القلق يبدو فى دورين : دور له قيمة من حيث أنه يفتح الأبواب أمام إمكانيات الحياة بصورة مختلفة وذلك عن طريق مواجهة الشخص لما يجعله قلقاً ؛ ودور مؤلم مخيف وهو ما يؤدى بالفرد إلى تجنب هذه الإمكانيات ومحاولة الحياة فى عزلة وبصورة محدودة . والقلق فى هذا الدور الثانى يظل العلامة المؤشرة على الإمكانيات غير المعاشة ، والموت المبكر والوجود الضيق ، ويميز مصطلح « العصاب الوجودى » الكثير من الأشخاص فى زماننا بصورة أدق من الأنماط العصابية الكلاسيكية لفرويد . وقد ابتكر ماى علاجاً يقوم محوره الرئيسى على التحديات غير المواجهة فى الحياة . « لكنه لم يوضح توضيحاً كافياً كيف يتحرك الفرد من تجنب هذه التحديات إلى مواجهتها ، بالرغم من أنه يشير إلى بعض ملامح هذه الكيفية عن طريق تتبع الدور « القيم » للقلق بدلاً من الدور « المريض » . ويعتمد العلاج الذى ابتكره ماى على العمل مع « شيء ما » فى الشخص ليس جاهزاً بصورة كاملة فى التصور وغير معرّف تعريفاً كاملاً ، إلّا أنه سوف يبزغ فى خطوات جديدة فى الحياة إذا سمح له بذلك .

ويرى جندلين أن فلسفته الخبروية تبدأ حيث ينتهى الفلاسفة الوجوديون ، أى عند مشكلة كيف ترتبط الرموز (الأفكار ، الحديث ، إلخ ..) بالخبرة العيانية أو كيف تقوم على أساسها . وقد أنشأ جندلين نظاماً فلسفياً فى العلاقات بين المشاعر والأفكار ، وابتكر أساساً خبروياً للمفاهيم الوجودية ، وهو ما لم يكن يتوفر لها ، مما أدى إلى غموض بعض مصطلحاتها الأساسية ، وترك عدداً من الأسئلة الرئيسية دون حل . ويؤكد الفلاسفة الوجوديون على أن الفكر والفعل يمكن أن يكونا أصيلين authentic كما يمكن أن يكونا زائفين ، أى يمكن أن يتبعا أو أن يقوما على أساس الخبرة العيانية ، ولكنهم لا يقررون كيف يمكن للفرد أن يعرف ما إذا كان شيء ما أصيلاً أم غير أصيل ، وذلك بالرغم من أن هذه هى مشكلتهم الرئيسية .

وفى العلاج النفسي ، فإنه من الواضح طبقاً لجندلين أنه من الأمور الحيوية أن يعرف الفرد الأمر الأصيل وكيف يمكن أن يقيمه فى نفسه ولدى الآخرين . وإذا كان الفكر والعمل الأصيلين من الأمور التى تصنع بحيث يكون ما يقال ويفعل غير مكتمل التصور مسبقاً فى الخبرة ، فكيف يمكن للفرد أن يعرف ما هو صحيح وما هو قائم على أساس الخبرة ؟ كيف يمكن للفرد أن يقارن الخبرة بالتعبير ، وأى أنواع « ما يصنع » يقوم على الخبرة وأيها غير أصيل ؟ يحل جندلين هذه المشكلة عن طريق تحويل السؤال من « ماذا ؟ » إلى « كيف ؟ » . فبدلاً من العمل المستحيل ، وهو مقارنة مضامين أو محتويات الخبرة (ماذا ؟) بالمحتويات التالية للتعبير أو للفعل ، يتحرك جندلين من المحتوى إلى العملية ، ويعرِّف الأساليب المختلفة للعملية والتى تميز العلاقات الأصيلة بين الخبرة والفكر أو الفعل . وتسمح الطريقة الخبروية فى التفكير بأن يحصل الفرد على القوة التى يهيؤها الترميز ، ومع ذلك فإنها ترجع مرة أخرى إلى « المعنى المحسوس » الخبروى الذى يريد فرد توصيله . وبذلك فإن الفرد لا يفقد الاتصال بالخبرة كما لو كان التصور يمكن أن يكون بديلاً لها . والترميز فى هذه النظرة لا يعطى صورة تمثيلية لما يخبره الفرد ، ولكنه هو نفسه مرور فى خبرة متصلة ، وهناك أنواع مميزة منه . وقد توصلت فلسفة جندلين (٨ ، ص ٣٢١) على حد قوله إلى أن الرموز ترتبط بخصائص معاناة الخبرة ، وهى ليست كمية أو عددية ولكنها متعددة الخطط ، فلا توجد فى مجموعة واحدة من الوحدات أو فى نمط واحد . وقد أمكن عن

طريق البحث توضيح العلاقة بين « الذاتى » و « الموضوعى » وقياس الأصالة خلال مقابلات العلاج النفسى وقد وجد أن درجة الأصالة ترتبط بنجاح العلاج ارتباطا إيجابيا . ويسمى جندلين هذا المقياس « مقياس عملية الخبرة » experiencing scale . وهو يستخدم الآن لقياس درجة فعالية العلاج خلال تقدمه . وتستمد نظرية جندلين فى تغيير الشخصية مباشرة من الفلسفة الخبروية ، وتتناول الخطوات التالية فى عملية العلاج النفسى : التركيز على المعانى المحسوسة إحساسا مباشراً ؛ السماح بأن تصدر خطوات المشاعر والكلمات من عملية العلاج ، وأن يربط ما بين « التحول الخبروى » الناتج فى صورة عيانية ، وما بين المعانى المحسوسة ربطاً مباشراً . وينظر إلى تفاعل المعالج مع العميل : لفظيا كان أو غير لفظى بوصفه خطوة إلى الأمام فى خبرة العميل ، وترميزاً أبعد لها بهذا المعنى . والأسلوب الذى يتبع فى عملية الحياة هذه إلى ما هو أبعد يكون أكثر أهمية فى العلاج النفسى من المضمون اللفظى . وقد يكون لأنواع عديدة من الارتباط تأثيرها ، ولكن نوعاً خاصاً فقط من الارتباط ينقل الفرد مباشرة إلى الخبرة المحسوسة .

ويحدد جندلين أربعة مفاهيم أساسية فى النظرية الخبروية هى : (١) الوجود existence ؛ (٢) الملاقاة encounter ؛ (٣) الأصالة authenticity ؛ (٤) القيمة . ولكى تحدد الألفاظ الغامضة نوعاً ما ، فإنه يتعين فى تقديره استخدام النظرية الخبروية على النحو التالى ((٨ ، ص ٣٢٢) : (١) الوجود قبتصورى ، قابل للتمايز داخلياً ومحسوس جسمياً ؛ (٢) الشخص هو تفاعل ؛ (٣) الأصالة هى عملية التقدم فى الحاضر ، وليست حاضراً خالصاً ولكنها ماضى يتقدم إلى الأمام مدفوعاً إلى المستقبل ؛ (٤) عملية الخبرة توجد قيمياً ولغرض محدد وموجه .

ويفصل جندلين بقدر أكبر من التوضيح هذه المفاهيم السابقة ، وهو ما لا يسمح ضيق المقام مع الأسف فى المضى فيه ، ولذلك فإننا نحيل القارىء إليه (٨ ، ص ٣٢٢ - ٣٢٧) .

وترى النظرية الخبروية أن الشخصية جسم ونفس وكلاهما نظام واحد ينشأ فى تفاعل مع الآخرين . ويولد الطفل الإنسانى واحد نصفى مخه أكبر من

النصف الآخر ، وهذا النصف الأكبر هو الذى يتحكم فى وظيفة الكلام . ويتضمن تركيب الجسم عند الولادة أن لغة سوف تتعلم ، بل إن الوليد يصدر أصواتاً قبل أن يتعلم اللغة التى يتعرض لها فى ثقافته . وكذلك ، فإن الوليد سوف يمر فى مراحل نمو جنسي ، ولكن النمط المعين لهذا النمو يتوقف على الثقافة المعينة ، ومع ذلك فإن هذه الأنماط الثقافية هى ارتقاءات جسمية . وهكذا ، فإن معانى وقيم الثقافة لا يفرضها المجتمع على الفرد الذى ينمو فى مجال فيزيقى واجتماعى . ومعنى الوجود الإنسانى فى نظر هيدجر هو أن يكون « تاريخياً » ، ويقول سارتر أنه ليس حراً فى أن يكون مثلاً جنتلماناً إنجليزياً من القرن الثامن عشر . ونظراً لأن عملية حياة الإنسان عملية حضارية فإنها تذبل إذا لم يكن هناك فعل اجتماعى ومسئولية اجتماعية . وترى الوجودية أن الإنسان له أبعاد خلقية ومجتمعية واجتماعية . والأخلاق ليست فرضاً للقيم على الناس ، بل إن القيم متضمنة فى أى عملية خبرة وهى تشمل أبعاداً اجتماعية ، وحتى اعتزال المجتمع ليس تحرراً من قاعدة أن الحياة الإنسانية هى تفاعل بين البشر وأنها اجتماعية ، بل على العكس هو تأكيد لقاعدة سارتر وهى أن الشخص فى اختياره لحياة ، فإنه يصنع ويختار ما تكون عليه الطبيعة البشرية وما يمكن أن تكونه . فمثلاً ، الراهب المتعبد فى صومعته ، لا زال على اتصال بالقرويين الذين يحضرون له الطعام والذين يرون فيه مثالاً ونموذجاً .

والشخص جسمى واجتماعى وسيكولوجى ، لا فى ثلاثة أقسام ولكن فى كل لحظة خبرة . وتمثل الفسيولوجيا والسوسيولوجيا « مستويات » مختلفة للتحليل من الخطأ الفصل بينها . فمثلاً ، كشفت البحوث عن أن الفصام يرتبط بفروق كيميائية معينة فى الجسم ، ولكن الفصام يزداد تواتره فى البيئات الفقيرة ، كما أن هناك أنماطاً عائلية مميزة يزداد تواترها فى طفولة الفصاميين (٨ ، ص ٣٣١) ، وهو أمر محير للسيكولوجيين الذين يريدون استخدام مستوى واحد فقط للشرح . ومن نتائج البحوث ذات الدلالة فى هذا المضمار أن تأثير عقار LSD على نفس الشخص يختلف باختلاف ظروف المكان والمجتمع كما يختلف من شخص لآخر . ويختلف تأثير العلاج الكيميائى باختلاف ما إذا كان الفرد يعطى العقار وهو معزول فى مستشفى أو يعمل مع الناس فى جو من الحب . وقد وجد رولو ماى فى الخمسينات الكثير مما أسماه « العصاب الوجودى » existential

neurosis أى عدم القدرة على الإحساس بالذات وبالحياة فى حماس وكما تعاش الحياة داخليا . ويتضمن ذلك ، العجز عن امتلاك الفرد لحياته وسلوكه وعن أن يتمتع بالاستقلال الذاتى وبالأصالة وعن أن يتوافر لديه بصورة مباشرة أساس داخلى ومصدر للأفعال وللاختيارات . ونتيجة لهذا الفقدان ينشأ الإحساس بالفراغ والتفاهة والجزع والقلق واليأس ، ويسود إحساس غامر بفقدان المعنى فى الحياة وبالضياع . ونظرا لأن الخبرة أيضا اجتماعية ، فإن جانباً من المعنى الذى يفتقده البعض هو الشعور الاجتماعى . ويرى رونالد لينج (فى ٨ ، ص ٣٣١) أن غياب هذا الشعور هو فى حد ذاته نتيجة للقوى الاجتماعية التى تشمل الضغط على الأفراد للانصياع وللمسايرة ، وهو فى حد ذاته ضغط ضد الشعور بالاهتمام الاجتماعى بالآخرين يؤدى إلى أن ينكر كل فرد معظم ما يحدث داخله ، وأن يلعب كل فرد فى العائلة دورا غير حقيقى .

ولا يمثل التوافق السيكولوجى اللاسوى عصاباً كلاسيكياً ، ولكن فقدان الاتصال بالخبرة الداخلية هو العصاب ، ولا ترى النظرة الوجودية أن انزواء الشباب وتجنبه للعالم أحياناً وما يتبع ذلك من قلق ، وهو أمر شائع هذه الأيام ، لا ترى ذلك أمراً سلبياً ، ذلك أنه إذا عاش الشباب هذه الخبرة ، فإن ذلك يفتح المجال أمام إمكانيات جديدة لتغيير حياته وعالمه . ولكنه إذا تجنبها أو تركها جانباً فى ملل وصمت ، فإن القلق والانزواء سوف يؤديان إلى فقدان المعنى . ولا تصنف النظرية الخبروية الأعصبة ، كما أنها لا تطلق العناوين على الخبرات الباثولوجية ، أو على موضوع الخبرة ، ولكن الاهتمام يتجه إلى كيفية تقدم الفرد منها . والمرض هو الحياة الروتينية بقيم الآخرين دون أن يكون الفرد على اتصال بمجرى حياته ومشاعره بالقدر الذى يكفى للاحساس بتعقدات مشاعره والتى يمكن منها صياغة البدائل والاختيارات . ويوجد قدر من هذا الفشل فى التقدم إلى الأمام فى كل فرد . ويكفى أن يسأل الفرد نفسه عن أنواع المواقف أو العلاقات التى يصبح فيها الفرد متوتراً أو يكرر نفسه فى نفس « السيناريو » أو يسلك مسلكاً لا يفهمه . وفى مثل هذه المواقف يكرر الفرد نفسه فى إطار « كل متجمد » frozen whole هو نفسه فى كل اللحظات ولا يتعدل نتيجة كل موقف جديد . ويميز جندلين بين « الانفعال » emotion و « المشاعر » feeling والثانية تعنى عملية الخبرة أو الوجود . وهذا الأخير هو نسيج يشعر به الفرد وهو

معقد صميا . وقد يعانى الفرد انفعالات من الخوف والقلق والغضب رغم عدم تقدم حريته أو وجوده إلى الأمام . والذهان هو تضييق أشد للاتصال بمجرى الخبرة الثرية للفرد . وتوضح التجارب التى استخدمت فيها العقاقير وحجرات العزل أن أى فرد يمكن أن يتعرض للذهان . ورغم أننا لا نعرف بعد كيف تؤدى العقاقير إلى الذهان ، إلّا أنه إذا كان الفرد يعيش مع الناس فى علاقة وثيقة طيبة ، فإن تأثير العقار سوف يكون أمرا مختلفا عن الذهان . ومن المفاهيم الأساسية فى النظرية الخبروية ، أن الوجود الإنسانى (أو الخبرة) هو عملية تفاعل مع البيئة ، ولذلك تكون الخبرة فى العزلة أضيق مما هى فى التفاعل ، حيث يفقد الفرد فيها القدرة على تفسير معانى الكلمات والأحداث ، والاحساس بذاته وبمعنى ملكية الفرد لجسمه . والذهان هو أسلوب ضيق من الخبرة وليس « مضموناً » باثولوجياً داخل الشخص . ويرى جندلين أن علاج الذهان يتضمن عوامل جسمية بفعل العقاقير ، إلّا أنه يتضمن أيضا عوامل اجتماعية وسيكولوجية . والخلاصة أن الشخصية ليست « ماهية » بقدر ما هى « كيف يحمل الشخص ذاته إلى الأمام على مدى الحياة بحيث تمتد مشاعره واستجاباته الذاتية وتفاعلاته » (٨ ، ص ٣٣٢) .

واللاشعور فى إطار النظرية الخبروية هو الجسم ، ويفسر عن طريق النظر إلى الشخص الحى لا بوصفه محتويات وأفكار ورغبات وحاجات ، ولكن بوصفه عملية خبرة معقدة محسوسة جسمياً ومتصورة قبلياً . فما شعر به الفرد سابقاً كان شعورياً تماماً وقت الشعور به ، والجانب المشروح الآن كان « متضمناً فيما كان يشعر به الفرد . وكذلك يعترض الوجوديون على الرأى السائد بأن الشخص يتعين أن يكون كما جعلته تنشئته ، وذلك لأن استمرار الحياة يؤدى إلى إعادة صياغة الشخص ، كما أنه ليست هناك قوانين تحدد بالضرورة كيف يصنع الماضى حاضر الشخص . وما يحدد ما عليه الشخص هو استسلامه الحاضر لمخاوفه من الناس الآخرين ، وتجنبه الحاضر للأماكن وللظروف التى سوف يتغير فيها ، ورفضه الحاضر لاحترام مشاعره الداخلية . وفى العلاج الخبروى ، يعيش الشخص أيضاً حاضره بماضيه ، ولكن تأثير الماضى ليس تأثير قوى ميكانيكية ، والمرضى يجدون عادة أن طفولتهم وحياتهم الحاضرة متضمنتان فى الوقت المعين وكل منهما يجب إعادة صياغته لأنهما متضمنان فى عملية الخبرة فى الحاضر .

والقول بأن كل ما هو مطلوب فى العلاج هو العمل مع الحاضر يعنى الخبرة الحاضرة فى هذة الحجرة مع هذا الشخص ، وأن ذلك يشمل بالقطع بكاء الشخص الآن على ما حدث فى الماضى . والخلاصة ، أن الفرد يخبر الحاضر بما فيه الماضى متضمناً فى جسمه ، ويتغير الاثنان معاً إذا كان هناك تغير ونمو .

ومن وجهة النظر الخبروية ، فإن مفهوم « الطاقة » لدى فرويد هو مجرد مركب فرضى ، وبينما تستخدم النظريات الأخرى مفهوم القلق بوصفه مركباً نظرياً ، فإنه يعنى لدى الوجوديين شيئاً يخبره الفرد . وهم يعتبرونه عرضاً للحياة غير الطيبة وليس سبباً لها . فالقلق ليس هو ما يوقف الفرد ، بل إنه على العكس تماماً ، يشير إلى انفتاح على تغير كبير . ولذلك ، فإن هيدجر وغيره يرفعون القلق إلى ما يقرب من تعريف مبدأ ما هو إنسانى ، وهو أن « كون الإنسان إنسانياً ليس أبداً كياناً ثابتاً » . وكذلك لا يرى الوجوديون الشعور بالذنب سبباً للعصاب ، أو أنه شيء مريض لا يجب أن يكونْ لدى الفرد ، وهم يرونه إحساس الشخص بفقدان تحديات الحياة وتجنب ملاقاة الآخرين ، وهو يشير مثل القلق إلى الفرص الضائعة .

والآن وقبل أن ننتقل إلى موضوع العلاج الوجودى من حيث نظريته وعمليته ، يحسن أن نعود لنؤكد بعض المفاهيم الأساسية الأوثق ارتباطاً بالعلاج .

١ – لكى نفهم الوجودية يتعين مقارنتها بضدها : الماهوية **essentialism** (٢٠ ، ص ١٤٣٩) فحين يفكر المرء فى أى مفهوم أو شيء ، فإنه يغلب أن ينظر إليه فى إطار الماهية أى مجموعة من الخصائص المحددة . وغياب هذه الخصائص التي يعرف بها موضوع أو حدث بوصفه شيئاً مختلفاً يكون ماهيته . فمثلاً ، فى عقل المهندس المعمارى تسبق فكرة الشكل أو الرسم أو التصميم فى بناء المنزل . وفى الفكر الوجودى الإنسانى ، فإن هذه النظرية الماهوية تنطبق على الأشياء وليس على البشر . فالوجود يسبق الماهية **essence** بالنسبة للإنسان . والناس ليس لهم ماهية تأتى من خلال الشعور التأملى ومن خلال الكلام الافتراضى والقدرة على إدخال مسافة نفسية بين الذات والموضوع المنظور . « وجود » الإنسان لم يسبق تحديده بواسطة أى بنية غير بنية الفرد . أى أن البشر كائنات لا يمكن التثبت من وجود

ماهيتها ، لأن مثل هذه الماهية سوف تدخل عنصراً دائماً ، بعكس خاصية التحول الذاتى غير المحدود . وهكذا ، فإن كل شخص يحمل عبء اختراعه الفريد لطريقته فى الوجود . ومصطلح « الاختراع الفريد » unique invention له معنى خاص فى الوجودية الإنسانية لأنه يتخلل الكثير من مجالات النشاط الإنسانى ، ولأن إنكاره (عدم المسئولية) قضية مركزية فى العلاج .

٢ – لب العلاج الوجودى هو أن البشر يوجدون أولاً ، فلا يمكن لأى نظرية فى الشخص أو فى العلاج أو فى نشأة المرض أن تسبق الإنسان . وهذا الشخص سواء كان فى المستشفى أو فى العيادة لا يجب أبداً أن يحتل المركز الثانى فى نظرية أو فى أى تصور مسبق للأشخاص(*) . وتستجيب المادية العلمية فى اعتبارها للسؤال الأساسى عما هو حقيقى فعلاً عن طريق « تقويس » bracketing الواقع بخاصية الموقع location أى تعليق الواقع أو وضعه بين قوسين . ولكن فى لغة علم النفس ، فإن ما هو حقيقى فعلاً ، هو الطاقة الغريزية ، ولها جذورها فى العمليات الجسمية الحتمية ، بينما يعكس الجهاز النفسى فى التحليل النفسى النموذج الكارتى من خلال تشبيهه بالعمليات الفيزيقية . وفى العلاج ، فإن طريقة الإجابة عن السؤال المتعلق بالواقع يشكل فرقاً جوهرياً . فالأشخاص الملتزمون بالمادية العلمية سوف ينظرون إلى ما يصدر أو ينتج عن المرضى بصورة ذرية مجزأة إلى وحدات : وحدات الطاقة والبواعث والدفعات والحاجات والغرائز وروابط المنبه – الاستجابة ، أو فى ضوء تحولات الطاقة . ومن أمثلة ذلك ، تصور التحليل النفسى للاعلاء الملائم بوصفه مؤشراً قوياً بارزاً على الصحة العقلية . وفى هذا الإطار ، سوف ينظر إلى النموذج بوصفه لا محل للشك

---

* أى أن الإنسان يوجد أولا ، ثم يبدأ فى جمع الحقائق التى تشكل « ماهيته » ولذا كان وجوده مجرد مشروع project (أمر مطروح الآن أو فى المستقبل) . وهو مشروع لا يكتمل إلا إذا مات هذا الفرد ! وفكرة الوجودية فى أسبقية الوجود على الماهية هى باختصار عكس الفكرة الدينية التى كانت ترى أن لكل منا « كتابا » يحدد شخصيته (وماهيته) قبل أن يولد ، وما عليه طوال حياته سوى تنفيذ بنود هذا الكتاب . وجاءت الوجودية لاسيما عند سارتر ومزقت هذا الكتاب وطرحته أمامه على طريق حياته ليجمعه ويكون منه ماهيته (أ.د. إمام عبد الفتاح إمام ، اتصال شخصى) .

فيه ، وسوف يكون من الطبيعى البحث عن تفسير صحيح له فيما وراء الخبرة . وسوف يكون البحث موجهاً بنظرية ، وينظر إلى المريض فى هذا الضوء . ويُعلم طريقة التفكير ، وينظر إلى إنتاجه الفريد على هذا الأساس . وقد استجابت العلوم الطبيعية بقدر أكبر مما استجابت به العلوم الإنسانية للنظرة الأكثر موضوعية . وتتمثل هذه الاستجابة فى أقوال عالم الطبيعة الكبير جون آرشيبالد هويلر (فى ٢٠ ، ص ١٣٤٩) فى كتابه « طبيعة الكشف العلمى » . وهى أقوال لها دلالتها فى العلاج النفسى وتقترب فى معناها مما يلى : « إن نظرية الكم quantum قضت على النظرة إلى الكون بأنه يوجد هناك آمنا .. وأننا يمكن أن نلاحظ ما يجرى فيه من خلف منظار دون أن يكون لنا دخل بما يجرى هناك .. إلا أننا بقدر الدرجة التى نقيس بها الكون ، فإن الكون يتغير ، فنحن نغيره . ويتعين أن نلغى كلمة « ملاحظ » وأن نستبدلها بكلمة « مشارك » . ونظرية الكم تخبرنا بأننا نتعامل مع كون مشارك » . وتترجم الوجودية الإنسانية هذا الموقف مع المرضى ولكن بعيداً عن إطار الطرح المضاد . ففى هذه الترجمة ، لا يوجد انفصال بين الشخص والموضوع ، ولكن توجد عملية تبادلية . وكذلك ترفض الوجودية النظر إلى الطبيعة الإنسانية أو ماهية الإنسان أو أى تعريف للكائن الإنسانى – بوصفه جالساً بعيداً فى أمان أو أنه يمكن تصميم تجارب لخلق الظروف المطلوبة للموضوعية ، ذلك أنه فى كل تدخل ، علاجياً كان أو تجريبياً ، يشارك الشخص آخرين فى خلق مستقبل جديد . وبدلاً من النموذج العلمى المعتاد ، الذى يزعم أن مثل هذه المشاركة يجب أن يحد منها فى التجارب من خلال الضبط التجريبى ، أو فى العلاج عن طريق التحكم بالحرمان أو بالموضوعية ، ترى الوجودية الإنسانية أن الدراسة الصحيحة للبشر هى من خلال قاعدة المشاركة التى يحدد فيها المستقبل بصورة تبادلية . وهذه الصورة عن طبيعة الشخص هامة وحاسمة لأن الصور المتباعدة ، ماهوية كانت أو وجودية ، تؤدى إلى استجابات مختلفة تماماً فى عملية العلاج . والنتيجة التى لا مهرب منها هى أن تعريف السيكوباثولوجيا يعتمد أساساً على النظر إلى ماهية طبيعة الإنسان وما إذا كان الشخص يتواءم أو لا يتواءم مع هذه الصورة .

٣ - **الظرف المطروح the thrown condition** : وهى فكرة تشكلها حقيقة أنه لا يوجد مخطط أو تصميم يعرف مسبقا حياة الفرد . فليست هناك إجابات خارجية فوق - شخصية للأسئلة التى تثيرها الحياة . وليس هناك شيء يستند إليه لشرح الحياة ، لا شيء يهدى الشخص ، لا علم الحياة (البيولوجيا) ولا التاريخ . ليس هناك شيء غير تعريف الشخص للذات التى يكون هذا الشخص نفسه وحده مسئولا عنها . ففى الوجودية الإنسانية ، بعكس الوجودية الدينية أو وجودية هيدجر ، لا يوجد صوت وراء الصوت ، لا يوجد إله وراء الإله ، لا توجد قاعدة أساسية أو طاقة أو سبب أو كينونة يقيم الشخص أمله على أساسها أو يعتمد عليها للتخفيف مما تسميه الوجودية الإنسانية « القفزة » leap أى المخاطرة بالفعل دون ضمانات . فالمستقبل غير معروف غير قابل للمعرفة كمبدأ . وليس هناك بديل غير الفعل . ويكون الشخص مسئولا عن هذا الفعل وعن كل شيء آخر . وفضلا عن ذلك ، فإن الشخص لا يقوم بالفعل لنفسه وحده ولكن أيضا للآخرين . ذلك أن الأفعال تخلق القيم وتشيعها فى العالم ، ومن ثم فإن أفعال الشخص يصاحبها الكرب والآلام . ونظرا لأن أفعال الشخص واختياراته قطعية definitive فإنه لا يمكن إلغاؤها ، ولأن حياة الشخص سوف تنتهى ، فإن الأفعال تحمل معها دلالاتها، والشعور الأصيل بالذنب هو شريك لهذا التصور للأفعال القطعية . ويشتمل الوجود القائم بين الأشخاص على الشعور بالذنب الذى يصاحب التموضع objectification الحتمى المتقطع للآخرين . والخلاصة ، أن الوجودية الإنسانية تناقش إمكانية قيام علاقات ذات كفاءة بين الأشخاص والآخرين وعالم الموضوعات . وتتوقف كفاءة مثل هذه العلاقات على وضوح وتقبل فكرة أن الشخص حر ، وأن أفعال الشخص قصدية ، وأنها حتماً مشاركة فى طبيعتها ، وأن كل شخص فى نفس القارب . والوجودية الإنسانية حين تقدم فكرة « الظرف المطروح » أو الظروف المطروحة ، بدون أمل ، فإن ذلك لا يعبر عن تشاؤم ولكن عن وضوح . وهو وضوح يتضمن خشونة متفائلة ، وعزوفاً قوياً عن تغييم الذات أو حجبها بالضباب سعيا وراء أمل زائف ووراء التهدئة .

ونظرا لأن مصير الشخص هو فى داخله كلية ، فإن الشيء الوحيد الذى يمكنه من العيش هو الفعل المسئول . والمسئولية هى تقدير واحتضان الأفعال المختارة اختيارا حرا . وهى تختلف عن الالتزام الذى يشير إلى الأفعال بالنسبة للآخرين والعيش فى عالم جاد . وترى الوجودية الإنسانية أنه يمكن للأشخاص الحياة دون وهم أو خداع ، وأن اتباع الإنسانية المشاركة والموقف الإنسانى لا يعنيان خنق الحرية أو الخضوع لتكرار أساطير الماضى أو اتباع نظرة ماهوية حتمية ، بل إنه يعنى تبنى الحرية واحتضانها . وفى ذلك خلق للغد ، كما أن تقبل الغد يعنى تحديد الفرد لمستقبله تحديداً شعوريا صريحا واعيا ومسئولا . وليس هناك مفر من مسئولية الموقف الفلسفى: فإذا ما تحدثنا عن تحول أو إسقاط ، فإننا نستخدم تعبيرات ميتافيزيقية ، وبذلك نُعلم ، أو ما هو أسوأ ، تدعم الموقف الذى يعانى منه المرضى أصلا . والأشخاص يعانون نظرتهم للعالم وللبدن وللآخرين . الشخص يعانى فلسفته على وجه التحديد لأن الشخص يعيشها ، ومن ثم يصبح كائنا مختلفا فى ضوء تصور متغير لكينونته . ومهمة العلاج الوجودى هى إضاءة نظرة الشخص للطريقة التى تكون بها الأشياء (الأسطورة الشخصية) والطريقة التى تجسد بها هذه المعاناة عالمه الكونى .

٤ - **الشعور والقصدية والحرية** : ينقسم العالم إلى شكلين عنصريين هما : (١) الوجود فى ذاته being-in-itself والتى تشمل كل الأشياء غير الإنسانية والحيوانات ؛ (٢) الوجود لذاته being-for-itself والتى تشمل الوعى الإنسانى المتأمل ذاتياً والمتعالى transcendent وهذا التفريع مقصود ليسمح بقيام وعى مختلف بالذات - أى بما هو عليه الشخص ولتجنب الثنائية . والوجود - فى - ذاته ماهية مغلقة يمكن وصفها كلية وكاملة . أما الوجود - لذاته ، أى وجود الوعى الإنسانى فهو مختلف فى النوع . والوعى الإنسانى هو نفى negation ، فهو يقيم شريطا من العدم nothingness بينه وبين الموضوعات . هذا العدم هو الحرية وسياقه القصدية intentionality ، وأجروميته المسئولية . وبذلك بعدت الوجودية تماما عن المثالية والواقعية والماهوية والفنمنولوجيا ومشتقاتها .

وهى بذلك تفترض أن مهندس الوعى هو الخواء emptiness لأن أى شىء آخر سوف يفرض الحتمية والماهوية والذاتية على الناس . فإذا ما تحرر الوعى من فكرة الماهوية القابعة فى العقل ، فإنه يتعين دائماً أن يكون وعياً بشىء . ولأن داخله خواء ، فإن الوعى يكون مرتبطاً بموضوعاته وبالعالم . وكل الأفعال تقصد إلى موضوع . فإذا أخذنا مائدة على سبيل المثال ، فإنها ليست فى الوعى ، ولكنها فى خواء هناك . ولذلك فالوعى هو وعى موقفى بالعالم . ولا يمكن فحص الوعى بوصفه موضوعاً ، ولذلك يحذر فيتجستاين من تحليل الخبرة الداخلية للشخص ، ويقرر أنه من الأفضل وصف العالم . وتعنى قصدية الوعى أن يكون الشخص على اتصال مباشر بالعالم . والشىء الذى يفهمه الشخص هو الشىء الذى يقدم نفسه ، فهو حقيقى وليس مجرد مظهر أو تحريف . وهو الحدث الإنسانى الفريد الذى تتدفق منه كل الأشياء الأخرى ، وهذا التعريف الثورى للوعى يقدم تعريفاً راديكالياً جديداً للشخص يعتمد على الحرية والقصدية ويرتبط بالعالم وبالآخرين .

٥ - **الوجود - فى العالم Being-in-the-world** : النظرة الوجودية الإنسانية لتوجه الوعى تضع الذات فى مجابهة مباشرة مع الوجود . ويورد اوفمان القاعدة على النحو التالى : لا يوجد موضوع أو شخص أو حدث بدون سياق ، وتخبر جوانب مختلفة من الواقع تحت ظروف مختلفة وفى سياقات مختلفة القصد . والشخص يعى أشياء حقيقية تماماً فى الآخرين وفى العالم بطريقة خاصة من حيث السياق والقصد والمعنى . فإذا لم يكن لشىءمعنى لشخص ، فإنه لن يراه . وحين يعبر شخص عن شكوى ذاتية عن ذاته ، وليس عن الجسم أو عن آخر ، فإن الشخص ينسحب بفكر ذى طابع تراجعى من كونه فى موقع « وجود - فى - العالم » أصيل يخلق الذات بوصفها ذاتاً خالصة . وهذه المناورة هى التحول السحرى ذو الطابع الفكرى التراجعى ، وهو تحول غير أصيل فى الأساس يشكل العلامة المميزة للصعوبة الشخصية . ويندر أن يقوم بهذه المناورة طفل أو شخص ساذج . ويشكو مثل هذا الشخص من الآخرين فى العالم . فالطفل لن يقول أبداً « إننى أشعر بالغضب » (المعالجون فقط هم الذين يتحدثون

بهذه الطريقة) ، ولكنه يقول « لا أحبك » . فالعبارة الأولى تعبر عن فكر تراجعى ، بينما تكون العبارة الثانية تعبيراً عن انشغال يشير إلى شخص « وجود – فى – العالم » ، وفى هذه الحالة فى عالم الآخرين ومعهم . فالوعى هو ملاقاة أو مجابهة .

٦ – **القصدية** : العملية القصدية المنظمة هى فكر سابق مباشر ، يتشكل من بنيان خبرة مباشرة معاشة . وفى اللحظة التى يكون فيها الشخص واعيا بأى شخص آخر أو أى شىء ، فإن العالم يكون منظماً طبقاً لقصد أساسى معين . فالشخص يوجد فى سياق ويكون منشغلاً بهذا السياق . وتقدم فكرة « القصدية » نظرة مختلفة للدوافع والمشاعر والانفعالات . فالدوافع ليست أحداثاً توجه السلوك . وتتوقف دافعية الشخص على أغراضه أى مقاصد الشخص فى العالم . والشخص لا يختار أولاً دافعاً ، وعلى هذا الأساس هدفاً ، بل إن ما يحدث هو فى الاتجاه الآخر . ويرتبط كل من الدوافع والانفعالات بتقويم مباشر يتحدد عن قصد للموقف الكلى للشخص . وهذا الموقف يكون مفهوماً فى سياق قصدية أساسية منظمة ، الأسطورة أو الغيبية الشخصية . وفى هذه النظرة فإن المشاعر هى المصاحبة القصدية بينما تكون الانفعالية هى أدواتها ، وكلاهما يضىء ويخدم الأسطورة الشخصية . ويقدم مفهوم القصدية للمعالج منظوراً بالغ الفائدة ، إذ يشجع المريض على أن يقدم إجابات واعية صريحة عن القضايا الأساسية التى تلقى الأضواء عليها من خلال تفاعلاتها المتبادلة أو الغَيْرية فى العالم . والسؤال الرئيسى هو : ما هو قصد الشخص فى هذا الموقف ؟ وكيف يرتبط بالأسطورة الشخصية له ؟ ذلك أن هذه الجوانب من العالم التى يختار الفرد الاهتمام بها هى التى تلقى الأضواء على القصدية المعينة الأساسية ، أى : من هو ؟ Who one is ? . إلّا أن هذه القصدية ليست مصبوبة فى حجر . فالشخص حر فى أن يتغير حين يكون واعياً وعياً صريحاً بأسطورته الشخصية . ولكن الأمر لا يخلو من صعوبة . ويرتبط ألم الشخص بالطريقة التى هو عليها الآن بالنسبة لأسطورته الشخصية (الجوانب السلبية التى تصاحب دائما أى اختيار) والشخص يعانى حالياً حياته . وليست هناك فائدة فى الالتجاء إلى واقع موضوعى يوجد « هناك » . والواقع الموضوعى

يبدو غامضاً . وتقديم الشخص له ورؤيته له هو نفسه هذا التقديم ، وهو الشيء الذى يعطى الواقع معنى . فالواقع هو رؤية الشخص . ومهمة المريض هى مجرد وصف عالمه ، ذلك أن كل الحقائق الضرورية موجودة . ومهمة المعالج الرئيسية هى الاهتمام – دون إصدار أحكام - بالطريقة التى يوصف بها السلوك والتفاعلات المتبادلة والتى تلقى الضوء على قصدية الشخص . ويكفى تماماً مجرد الوعي الصريح وإلقاء الأضواء ، ولا يتعين أن يكون من هموم المعالج ما يختار المريض أن يفعله بهذا الوعى المكتسب ، لأنه إن كان ذلك من هومه ، فإن العلاج سوف يختزل إلى تعليم وتحكم ونهى مما يعانى منه المريض أصلاً كل المعاناة ، أى التغير « إنك حقاً لست على صواب بالطريقة التى أنت عليها » . وهناك حاجة لتعديل الأفكار السابقة لوضعها فى سياق بين ذوات intersubjective . فالشخص لا يعى شيئاً فقط ولكنه يكون أيضاً : (١) واعياً بشىء بوصفه (as) شيئاً ؛ (٢) هذا الوعى هو أيضاً رمزى . فتسمية شىء يتضمن أن الشخص ليس فقط واعياً بشىء لنفسه ، ولكنه يكون واعياً بشىء بوصفه وجوداً « لنا » "for us" فالوعى بالإضافة إلى أنه قصدى ، فإنه فى جذوره ، بين – ذوات ، فهو معرفة « من أجلنا » "for us" (٢٠ ، ص ١٤٤١) .

والنظرة الوجودية الإنسانية للحب قد تلقى الضوء على النظرة القصدية بين الأشخاص . فالحب ينظر إليه أولاً على أنه اختراع فريد بين شخصين محبين ؛ وثانياً فهو قرار يقوم على أساس الأسطورة الثقافية والشخصية السائدة ؛ وثالثاً فإن الحب ليس حاجة أولية ، الأسطورة أولية والقرار يتبع ثم الحاجة وهى قرار بالحاجة للآخر . أى أن الحب هو استجابة متبادلة لدعوة الآخر إلى « الخروج من ذاته » فى علاقة تبادلية . وفعل التقبل المتبادل « سوف نكون معاً » هو الذى تتبعه بعد ذلك الحاجة . وللمحافظة على هذه الحاجة ، فإن الشخص يخترع العاطفة أو الانفعال ، وهو أداة القصدية . ولا يقلل استخدام مصطلح « اختراع من قيمة المركّب construct ، بل على العكس فإنه يعلى من شأنه إلى أعلى درجات الكرامة لأنه يتضمن أن الحب لا يعطى للشخص . الحب حدث إنسانى دافع homeo ergic ، وهو حدث غير ميتافيزيقى وغير دينى وبالقطع ليس حدثا غيبيا . ويكمن نبل الحب فى حقيقة أن الناس ينفثون الحياة فيه .

وفضلا عن ذلك ، فإن الحب حين يلتزم به شخصان ويعبران عنه ، يتعين أن يعاد تقريره باستمرار . فليس هناك شيء يحمله إلى الدوام أبداً . وحقيقة الحب لا توجد منفصلة عن نشاطه الشعورى ومساندة المشاعر المصاحبة له . والشخص لا يخبر الحب بوصفه قراراً أو فعلاً ابتكارياً ، وإنما يخبره بوصفه قهراً أو حاجة . الوقوع فى الحب يحدث لأن الاختيار الأصلى لكيف يكون الشخص ، سابق للمعرفة ، ويكمن بعيداً فى مسلسل تعريف الذات . ونفس البنيان ينطبق على الخوف والقلق . فالخوف هو استباق لأحداث سوف تؤثر فى الشخص ، خطرْ قادم ، والخطر يكونِ فى ضوء الأسطورة الشخصية . فإذا عرف الشخص نفسه بأنه غير قابل للوقوع فى أذى ، فإنه لن يخشى مقطورة قادمة . ولكن القلق قب – معرفى من حيث أن الأشياء التى سوف يفعلها الشخص فى ضوء ما يقابله فى الحياة سوف تكشف تصدعاً فى أسطورته الشخصية – أى قطع للاستمرارية فى صورة الذات عن الكيفية التى قد يكون عليها « قد أسلك سلوك الجبان فى مواجهة صورتى عن ذاتى بوصفى بطلاً » .

٧ – الحرية : « القرع على حافة الشكل « "beating at the edge of form" السؤال المتعلق بصدق الحرية له عواقب كبيرة بالنسبة للطريقة التى يستجيب بها المعالج للمريض . ففى المناخ المعاصر يتمسك المعالج بنموذج حتمى ، ويوافق على أنه ليس له خيار فى الأمر . واستجابة المعالج هامة لأنها تعلم المريض عن ذاته وعن الطريقة التى تكون بها الأمور أو الأشياء . ويتوقف الكثير على ما إذا كان الفرد يعتقد أنه بالنسبة لبعض الأفعال ، فإنه كان يمكن أن يختار طريقاً آخر أو ما إذا كان يعتقد أن الحرية خداع ووهم ، وأن كل أسباب سلوك الشخص ، رغمْ عدم معرفتنا بها فى الوقت الحاضر ، يمكن معرفتها مستقبلاً . وحين تعرف فإنه سوف يصبح واضحاً تماماً أن الاختيارات الحرة ليست حقيقية ولم تكن حقيقية أبداً . وتصنف نظريات التحليل النفسى فى هذه الفئة الأخيرة ، كما أن السلوكيين يتحمسون لها بقدر أكبر ..ويرى الوجوديون أن تعريف « الحتمية » على أساس أنه إذا كانت كل العوامل معروفة ، يترك القضية غير قابلة للتحقيق وخالية من المعنى . والقضية فى الأساس غير قابلة للتكذيب ، لأن الفرد

يستطيع دائما أن يعترض بأن كل الظروف السابقة غير محددة ولكن يبقى التساؤل : فى أى مجال أو عالم ملائم للفعل الإنسانى يمكن أن يتم هذا التحديد ؟ والحتمية سواء كانت صلبة **hard** أو ناعمة **soft** تنتمى إلى العالم اللابشرى فهى بقايا الفلسفة المستعارة من العلوم . والقضية هى ما إذا كان الفعل انشغالا أو لا إراديا ، أى حركة لا مسئولة . وأفعال الإنسان لها أهداف وأغراض فهى قصدية . وبينما يكون للأفعال أسباب ، إلّا أن السبب ليس شيئا خارجيا بالنسبة للشخص . ومن خلال الأحداث والمهام المتاحة للشخص ، فإنه يكون حرا فى تقويم الأفعال واختيار أسباب ودوافع معينة للفعل . وفى إطار الحرية واللاحتمية ، فإن الفرد يكون مسئولاً . ومن القواعد الصعبة والرئيسية أن الفرد مسئول كلية عن أفعاله فى الماضى وفى الحاضر وفى المستقبل وأنه لا شىء حتمى .

ومن الأهداف المركزية للعلاج الوجودى الإنسانى تقبل المريض بصدق لهذه القاعدة وإعلانها للآخرين . ويمكن تحقيق ذلك عن طريق الكشف عن الذات الأمين والواعى والراديكالى . ويتضمن الصدق الأصيل الوضوح والصفاء القريبين للذات ورفض الفسيولوجيا والتاريخ (الفرد يصنع ويعيد صنع التاريخ ليتلاءم مع الحاضر) والآخرين أو الدافعية اللاشعورية لتبرير الفعل .

٨ - **الواقع Reality** : يقع الواقع فى عالم الخبرة الخام القب - تأملى أو القب - فكرى . ويتعين أن يتجنب المعالج الاعتداء على هذا العالم سواء من خلال أحكام مسبقة عما هو سبب وما هو نتيجة ، وما هو معقد ، ومن ثم يحتاج إلى اختزال أو ما هو أساسى (كأن يقول المعالج مثلاً : إنه موقف أوديبى ، أو ماسوشية حتى لو أنكرت ذلك) . ويتعين أن تؤخذ خبرة الشخص واستجاباته للمعالج أو للآخرين بوصفها حقيقة مطلقة . فهى مجرد رمز للطريقة التى نظم بها الفرد الواقع . ومن العناصر العلاجية الهامة ما يلى : يتحقق الوعى عن طريق الاصرار على الوصف الواعى والحذر بصراحة لاستجابات الشخص ، فهذه هى مضادات خداع الذات . ومن ثم يحافظ المعالج على التحديدية **specificity** وهى ماهية الواقع . والتركيز يكون على الوصف الحر المباشر الكامل ، وليس بالعكس على إصدار

الأحكام وتفسير ادراكات الشخص وعلى ذاتيته العميقة . فالتفسير والفروض يكونان مطلوبين فقط فى حالة العجز عن الوصف الملائم . والمهمة هى رؤية الظواهر بوصفها مصاحبات للأفعال التى نقصدها . والتأكيد الكلى على المشاعر والانفعالات والتعبير عنها يكون فقط فى حدود إلقائها الضوء على عالم الشخص ، وليس بوصفها أحداثاً تأسيسية فى حد ذاتها . والطريقة التى يرى بها الشخص المعالج أو الآخرين ، والطريقة التى يَشعُر بها بالأشياء والطريقة التى ينشط بها الأفعال ، تلقى الضوء فى أى لحظة على القصدية .

٩ - **إنتهاك الواقع والتفكير التراجعى Violation and Retroflexion :**
وصف الذات هو القوة الدافعة الرئيسية فى السيكوباثولوجيا . وتوجد أسباب جيدة لنقص الإرادة فيما يرتبط بمراعاة الأولويات والالتزامات والتعبير عن الأسطورة الشخصية بوضوح وتركيز تعبيراً صريحاً . فإذا لم ينكر الشخص وكان صادقاً أصيلاً ، فإنه يواجه عالماً لا يمكن ضبطه أو التحكم فيه . وقد يواجه الشخص كيفية تعامله مع أحداث الانتهاك التى ارتكبها الأفراد الآخرون الهامون فى حياته ، غالباً تحت ستار الوالدية الطيبة ولمصلحة الفرد نفسه . وسوف يتعين عليه أن يزيل اسطورة الموقف من خلال الاعتراف بأنه قد ضحى به فى الأزمة الوجودية فى الحياة عن طريق عدم اعترافه تماماً بما كان عليه وبما هو عليه الآن . وقد يتعين على الشخص قبول أنه بدأ يتساءل عن بصيرته هو ، وعن خبرته التى نتج عنها ضعف الثقة بالذات والبدء باغتراب متنام عن الذات وعن الآخرين ، وهكذا يبدأ الانزواء التفكيرى الراجع ، ونسيان الذات وتكوين عالم أسطورى غيبى شاذ داخل النفس . وفى مثل هذا العالم ، فإن الأسباب تختلط مع النتائج ، وترى الأحداث شاحبة والآخرين شاحبين . وهذه الملاقاة المكسورة مع الآخرين ومع الواقع (السيكوباثولوجيا هى علم الوحدة طبقاً للفينمنولوجيين) هى التى يهتم بها العلاج الوجودى الإنسانى ، وهو تصحيح علاقة غير أصيلة مع العالم ومع الآخرين .

وتسمى طرق تحويل أو تغيير الذات فى مواجهة واقع غير قابل للضبط يخرق الواقع ويصيبه بالجنون العملية الكيميائية التحولية **alchemical**

operation . وهذه العمليات تغير كما يظهر ، طبيعة العالم الخارجي أو بصورة أعم الذات (هم على حق ، لا يمكن أن تكون إدراكاتى أنا صحيحة) . ونظراً لأن الشخص ينكر الوجود المستقل للآخرين (لأنهم أصابونى بأذى كبير ولا يمكن أن أقبل حقيقة رؤيتى) فإنه يبدو أن الشخص يحتفظ ببعض السيطرة على الآخرين . ونظراً لأنه يعتمد على الآخرين لبقائه ، فإن الطفل يشارك فى عملية الخرق على النحو التالى (٢٠ ، ص ١٤٤٢) : « أمى لا يمكن أن تكرهنى لأسبابها هى ، أو لأسباب مستقلة عنى . ولذلك فيجب أن يكون ذلك خطئى أنا . كنت سيئاً ولم أكن جيداً بالقدر الكافى ، ولذلك فهى غلطتى أنا وحدى . يجب أن أغير نفسى لا غيرها ، وحينئذ تحبنى . والآن وفى مراحل الحياة بعد ذلك ، فإن أى شخص يحبنى يكون كلية طوع يدى . وهكذا احتفظ بخداع القوة المطلقة . لن أنظر إلى الحقائق كما هى . سوف أهتم ببنيان آخر يمكننى من التحكم فى الأمور ويعمل على تلطيف واقع مؤلم يخرق ويحافظ على قوة مطلقة خادعة وحاكمة تكسر الدائرة الثنائية المتبادلة » .

وعواقب مثل هذا الخداع للذات المتولد من الخرق بعيدة جداً . ففى إنكار الوجود المستقل للآخرين ، يتعين أن ينكر الشخص أيضاً استقلاليته الشخصية وحريته ، وأن يرى الشخص أنه يفعل ما يفعله بوصفه عاقبة لالتزامه الحر ولأحسن الأسباب الممكنة ، وسوف يتحتم منح نفس الاستقلالية للآخرين . ولكن ذلك سوف يعرض للخطر النسق الخادع للقوة المطلقة والتحكم الفكرى الراجع . وحينئذ يكون الشخص فى علاقة مختلفة ولكن أكثر كفاءة وصدقاً وأصالة مع الآخرين ، أى علاقة مشاركة . وتلغى مثل هذه العلاقة استخدام الخداع والقوة ولكنها تنشغل بنفس القضايا على قدم المساواة . وكثيرون لا يمكنهم تحمل عالم الصدق والأصالة ، ولذلك فإن العلاقة تستحدث من خلال نظام داخلى خالص intrapsychic تكتسب فيه الأشياء دلالة فوق طبيعية أو سحرية . وفى مثل هذا النسق ، فإن الملاقاة مع العالم وهى مرة أخرى القضية الأساسية ، تنكر وتصبح كل الأشياء داخلية .

وثمة طريقة أخرى يؤدى فيها الخرق وعواقبه من خداع الذات والتفكير الراجع إلى سلوك مضطرب ، وهى تجاهل أو تشتيت الذات عن موقف الصراع من خلال الاهتمام بالأشياء السطحية : الماضى والمستقبل ، والانشغال الزائد بالأفكار والتحركات والبدن مثل الآلام والتوترات وعالم تخلقه الذات من أزمات دائمة أو الخلاص الذى قد يوجد فى الزواج أو الالتحاق بمهنة أخرى ، أو البحث عن زوجة أخرى . وتؤدى كل استجابة للموقف المنحرف ، غير استجابة الوضوح الأصيل الصادق ، إلى فسخ للملاقاة وإلى زيادة اضعاف الأنا (الشخص لا يريد أن يستمع لى ، أو يرانى كما أنا عليه أو يتعامل معى بأمانة على هذا الأساس) .

العلاج النفسى الوجودى – الخبروى

مستويات العمل العلاجى :

إذا كانت الخبرة هى عملية تفاعل : تواجد مع آخرين وتواجد فى البيئة ، إلّا أن البيئة ليست من نوع واحد . فالجسم هو نفسه بيئة للخلايا وللأعضاء داخل الجسم . ويحدث السلوك فى البيئة الفيزيقية والموقفية . ولكن معنى مختلفاً من البيئة متضمن فى العلاقات بين الأشخاص حيث تشكل الكلمات والاشارات والأنماط العلاقية مجال التفاعل للفرد . وفى المستوى الرابع ، يكون تأمل عملية الخبرة ذاتها بيانات محسوسة أو معانى محسوسة يتنبه لها الفرد مباشرة . وفى هذه المستويات الأربعة ، فإن كل واحد منها يعدل المستوى السابق له . ويؤثر كل من السلوك وبيئته فى بنية الجسم وفى الحياة . ويذكر جندلين (٨ ، ص ٣٣٥) مثالاً لذلك ، وهو أن أسنان الكلاب وسيقانها تختلف من فصيلة لأخرى حسب البيئة التى تعيش وتجرى فيها . والطريقة التى يعيش بها الفرد تؤثر فى الجسم فيزيقياً . بل إن التعلق بالماضى قد يأخذ صورة إمساك . وكذلك ، فإن أنماط العلاقات الشخصية والتفاعلات تعدل السلوك ، كما تعدل معنى البيئة الفيزيقية السلوكية . فالمواقف ليست مجرد حقائق فيزيقية ، ولكنها تتعدل عن طريق العلاقات . وأخيرا ، فإنه عن طريق تكوين خبرة الفرد بوصفها موضوعا يشعر به ، فإنه يتوفر

لديه طريق رابع للتقدم الخبروى إلى أمام عن طريق تفاعلها مع موضوع . ومرة أخرى ، فإن هذا الطريق الرابع يعدل الطرق الثلاثة الأخرى . وتتعدل العلاقات الشخصية والمواقف كما يتعدل الجسم تعديلاً كبيراً ، عن طريق ولو لحظات قليلة من « البأورة الخبروية » experiential focusing ، فهى تعدل موقف الجسم والتوترات وتعيد بنية إحساس الفرد بمواقفه وعلاقاته الشخصية . والمستويات الثلاثة الأولى (السلوك والعلاقات الشخصية والمشاعر) سلوكية من حيث أنها أنواع خاصة من الأنشطة السلوكية ، والمستويان الأول والثانى رمزيان ويتناولان العلاقات الشخصية ، بل إنه حتى الاستجابة للذات فقط بعد استجابة الآخرين للفرد . ومن الممكن الحصول على تغيير كلى للشخصية عن طريق العمل على أى من هذه المستويات ، وذلك لأنه بالرغم من وجود مستويات أربعة ، إلّا أن هناك كائناً عضوياً واحداً فقط ، يعمل الفرد معه بوصفه كلاً ويتقدم إلى الأمام بوصفه كلاً ، حتى ولو كان الفرد يعمل على مستوى واحد فقط . ولذلك ، فإن العمل مع عضلات الجسم أو قامته أو مع الطعام فقط تكون له القوة على إحداث تغييرات فى الشخص بوصفه كلاً . وكذلك ، فإن تغيير سلوك الفرد ، أو تغيير الموقف ، ولو بقدر ضئيل يمكن الفرد من أن يسلك مسلكاً مختلفاً إلى حد قليل ، يؤثر فى كل المستويات . وتأثيرات عمليات العلاقات بين الأشخاص والعمليات اللفظية وعمليات التخيل imagery أبعد من تأثير العمليات الرمزية ، فهى تغير الجسم والسلوك . وأخيراً ، فإن التقدم إلى الأمام والمتضمن فى تكوين شعور محسوس يغير الجسم كما يغير إمكانيات السلوك والمحتويات الرمزية ، فيستطيع الفرد أن يقول وأن يفعل أشياء جديدة . وعلى مستوى المشاعر ، فإن مشكلة العلاج هى تمكين الشخص من التنبه إلى عملية الجسم هذه ومعيشتها بعد ذلك ، بحيث تنبع منها تحركات وكلمات وأفعال وتفاعلات جديدة ومختلفة .

وتؤكد الفلسفة الخبروية على أن التقدم إلى الأمام بما هو متضمن الآن . تصبح معه جوانب جديدة متضمنة أيضاً بعد أن كانت ناقصة قبلاً . وهذا هو أساس عملية التغير فى العلاج النفسى . وهذا أمر يمكن فهمه إذا تذكرنا أن عملية الخبرة هى دائماً ثرية فى تعددها ، وأنها ليست موضوعاً معيناً واحداً . ومن الطبيعى أنه بعد أى خطوة فى عملية الخبرة يصبح هذا التعدد مختلفاً . ولا يمكن تحديد خطوات العملية العلاجية بواسطة المعالج أو بواسطة المريض . إذ أن هناك

هيراركية تحدث طبقاً لها هذه الخطوات ولا يمكن حدسها مسبقاً بأى قرار منطقى . فما يحدث الآن هو ما يجب أن يحدث ، وهو ما هو بؤرى وهو ما يحدث للكائن العضوى . ويطلق جندلين على هذه العملية : « هيراركية الخطوات الخبروية » . وعن طريق تقدم ما هو متضمن الآن إلى الأمام ، فإن خطوة مختلفة تالية يمكن أن تحدث . وبالإضافة إلى « المتضمن » implicit وإلى « الهيراركية » hierarchy ، فإن « إعادة التكوين » reconstituting تستخدم لتعريف طبيعة عملية العلاج . ويؤكد مفهوم « إعادة التكوين » على القوة الكبيرة لكل من المعالج والمريض فى عملية التفاعل . وبمقتضى هذا المفهوم ، فإنه إذا عاش فرد فى وجود مع فرد آخر بحيث يكمل متضمنات ذلك الشخص التى تعمل على التقدم فى الحياة ، فإن هذه الأخيرة ، سوف تبدو حينئذ أنها كانت متضمنة . وطبقاً لهذا المفهوم أيضاً ، فإن معظم التفاعلات الاجتماعية والوثيقة العادية فى مجتمعنا غير مبتكرة . واستجابية إلى حد بعيد ، حيث يفترض أن الفرد يجب أن يستجيب للآخر بنفس الطريقة التى يستجيب بها الفرد نحو ذاته : والحقيقة أنه يمكن للفرد الابتداء بأسلوب مختلف تماماً من التفاعل ، إذا كان لديه الطاقة والمعرفة . والمعالج هو الذى ينظر إليه على أنه هو الذى يفعل ذلك تماماً .

ومفهوم خامس هو أسلوب manner العملية ؛ وهو يشير إلى حقيقة أنه فى إطار العلاج الوجودى الخبروى ، فإن ما يقوله أو ما يفعله المعالج أو العميل ليس هاماً بقدر أهمية أسلوبه ، وكيف يعمل ونوع حياته الوجودية ، أى أسلوب العملية . وفى المفهوم السادس ، تؤكد النظرة الخبروية أن ما يسمى محتويات النفس هى فى الحقيقة جوانب العملية فى الحياة . ويعنى ذلك أن الفرد يصنع المحتويات من عمليات الحياة عن طريق أن يقيم فى المجال الرمزى الداخلى نمطاً رمزياً أو نمطاً للموضوع . إلّا أن ذلك أمر ثانوى يتوقف على الحياة الدافعة قبلاً . ويعطى أسلوب عملية مختلف محتويات مختلفة . ويفسر ذلك لماذا تختلف نتيجة تعاطى عقار باختلاف نوع عملية التفاعل والمزاج بالرغم من أن الجسم واحد والعقار واحد . ويفسر ذلك أيضاً اختلاف ما يجده الشخص داخله خلال علاقة وثيقة مع معالج مهتم ، عما يجده حين يكون عاجزاً بمفرده . ولا تختلف المحتويات باختلاف العمليات فقط ، ولكن المحتويات تصنع من العمليات المختلفة . فمثلاً ، طلب المعالج من مريض أن يتنبه لمشاعر التوتر التى يشكو منها ، « دع نفسك

تشعر بهذا التوتر وتذكر لك ما هو » . ولكن المريض بالرغم من محاولاته العديدة فشل فى القرب من توتره . وحينئذ طلب منه المعالج « عليك أن تقترب من هذا التوتر بصورة صدوقة ، رحب به فى داخلك حتى يمكن أن تعرف ما هو » . وفى هذه المرة جلس المريض صامتاً لدقيقة وهدأ بنفسه ، وحين تكلم قال : « حقيقة رحبت بشعور التوتر هذا ، وحينئذ اختفى » . ويوضح هذا المثال فى تقدير جندلين أن التوتر – المحتوى النفسى – ذاته كان وظيفة لتجنب الذات الناسى ويوضح ما هو غير مرحب به وما كان يمثل أسلوب العملية الشائع مع ذاته ومع الآخرين .

وتتوفر لدى المعالج الخبروى طريقة يمكنه بها أن ينظم العلاجات الأخرى فى طريقة واحدة متماسكة وهو لا يفعل ذلك عن طريق ما يسمى « المنهج التوليفى » eclecticism – وهو فى تقدير جندلين مجرد لصق لقطع مختلفة – ولكن عن طريق أن يلاحظ أولاً أى الاتجاهات يختلف بعضها عن البعض الآخر فى الممارسة ، وأيها لا يختلف . فالمعالجون من المدارس المختلفة غالباً ما يقومون بنفس الشيء الذى يسمى بأسماء مختلفة فى المدارس المختلفة . وكذلك ، فإن المعالجين من نفس المدرسة قد يمارسون أشياء مختلفة بالرغم من استخدامهم لنفس الكلمات دون العمليات .

وينبه جندلين (٨ ، ص ٣٣٧) إلى أن هناك علاجات على كل من المستويات الأربعة . فعلى المستوى الجسمى هناك اليوجا Yoga ، ومدرسة رايك Reich ومشتقاتها . وعلى المستوى الموقفى هناك المدرسة الإجرائية operant أى محاولة إعادة بناء أنماط السلوك والمواقف عن طريق اصطناع خطوات صغيرة لتغيير السلوك . وعلى مستوى العلاقات بين الأشخاص . نجد معظم مدارس العلاج النفسى وبخاصة إذا اعتبرنا التعبير اللفظى جانباً واحداً فقط للتفاعل الشخصى . وقد تشكل الاستجابة الذاتية نوعاً من « التفاعل » ، إلّا أن الطريقة الأقوى هى التفاعل مع شخص آخر . وفى هذه المستويات المختلفة ، فإن الإجراءات العلاجية مختلفة حقيقة ، وتستحق أن تستخدم كلها ، وبخاصة استخدام المستويات الثلاثة الأولى فى تفاعل مستمر مع المستوى الرابع . ويتميز العلاج الخبروى بأن الإجراءات الجسمية والسلوكية والتفاعلية تطبق كلها مع الرجوع المستمر إلى خبرة الشخص (المستوى الرابع) ويتعين أولاً الاحساس بها عيانياً ثم التعبير عنها

فى كلمات وأفعال . فإذا كان ذلك هو المرجع الدائم ، فإن المستويات الأخرى يمكن استخدامها بفعالية ودون الانتقاص من إنسانية العميل أو دون اللجوء إلى الآلية المزيفة .

عملية العلاج النفسى :

يورد جندلين عدداً من الطرق للتعامل مع خبرة الشخص الحاضرة بصورة مباشرة وآنية منها :

١ - **علاقة المواجهة relational encounter** : يعيش الشخص فى علاقة لا مع المعالج فقط فى موقف ، ولكن مع كل الآخرين الذين يتعامل معهم . ويمكن للمعالج الخبروى الإمساك بالأحداث الحالية مع العميل والعمل معها بالطرق التالية :

(أ) يجب أن يتنبه المعالج لا إلى كلمات العميل فقط ، ولكن إلى كيف يقولها ، وكيف يعيش العميل فى هذه اللحظة بالذات حين يقولها . ويعنى ذلك ملاحظة وجه العميل وجسمه وصوته وإشاراته . يسأل المعالج نفسه : ما الذى يحاول العميل عمله أو ما الذى يعمله بقوله هذا ؟ ما هو منهج العميل فى تناوله للمشكلة ؟ وهل يعاصر هذا المنهج ذاته المشكلة ؟ فإذا كان الأمر كذلك ، فإنه من الممكن لكل من المعالج والعميل أن يتعاملا مع المعيشة الحالية المباشرة التى يعايشانها معاً ، وليس مع مجرد كلمات حول المشكلة . فإذا لم تكن اللحظة الحاضرة معاصرة للمشكلة ، فما هى ؟ ما الذى يحدث أو ما الذى يُحاول فعله ، وأى أنواع الارتباط تحاول ؟

(ب) يتعين أن يواجه المعالج مشاعره هو ، واستجاباته ومخاوفه وما يحرجه ويغضبه وما لا يطيق له صبراً ، وكل ما يحس به بؤرياً ، كما يتعين أن يحس بما إذا كان ذلك مرتبطاً بالتفاعل الحاضر مع الغميل وكيفيته . وأحياناً يعبر المعالج مباشرة عن أى من هذه الأمور ، وهو يعلم أن ما يحس به طرف فى تفاعل هو أيضاً له دلالته للطرف الآخر بصورة ما ، بالرغم من عدم وضوحها بعد . وهناك استعداد « للمخاطرة »

بالذات . ولن يأمل المعالج فى النجاح عن طريق حماية وحجب أو تغطية ما هو مطلوب لاستمرار التفاعل . فإذا كان العميل مثلاً يضغط على المعالج فى أمر محرج له فإن ذلك يشكل فرصة ممتازة لمعايشة ثرية عريضة متعمقة ومتفتحة ، ومكتملة . مثل هذه الاستجابة المتفتحة نادرة فى المجتمع العادى ولكنها أساسية فى العلاج النفسى . ليست حكمة نصائح المعالج أو تفسيراته هى التى سوف تساعد العميل ، ولكنها قدرته وعزمه على المخاطرة بمعايشة مفتوحة مع عميله بحيث يعالج عجز العميل عن المعايشة عن طريق اكتمال المعايشة . ففى المثال السابق مثلاً ، يمكن للمعالج أن يعبر لا فقط عن رفضه ، ولكن عن خوفه من أن يغضب العميل وعن اعتقاده بأنه لا يجب أن يتراجع بالرغم من احتمال غضب العميل . ويمكن للعميل بفضل مثل هذه الاستجابة ، أن يعيش وأن يجد خطواته المستقبلة المتضمنة مهما كانت . فمثلاً ، قد يجد مجموعة من المشاعر ترفض دائماً ، أو تعجز دائماً عن الوصول لشخص آخر بصورة مباشرة ، كما يمكن أن يجد مثلاً لماذا كان يعجز عن توجيه سؤال مباشر ، ومن ثم يلجأ إلى الدوران حوله . والمهم هنا من وجهة النظر الخبروية أن الخطوة العلاجية تحدث فى التفاعل ذاته لا عن طريق استبصار يكون نتيجة له . والمهم هنا هو قدرة المعالج وعزمه على المخاطرة بمعيشة أكثر انفتاحاً مع العميل بحيث تسهم فى تقوية قدرة العميل على التخلى عما يكفه وعلى التعايش المنفتح . ويفترض ذلك بالطبع أن المعالج يريد مساعدة العميل ، أو يريد أن يتواجد معه فى عمق . وفى إطار هذا الالتزام ، فإنه من المفيد مواجهة لحظات الغضب والعنف والملل بصورة مباشرة ، وكذلك المشاعر الإيجابية من الرعاية والدفء والإعجاب من جانب كل من العميل والمعالج فى صدق وليس تظاهراً .

٢ - **بأورة إتاحة الوجود focusing access to existence** : الطريقة الثانية للتعايش فيما هو أبعد من الألفاظ هى مساعدة العميل ، لا عن طريق الأسئلة ولكن عن طريق التركيز على الاحساس الجسمى بما يقوله الفرد

أو يحاوله . ولا يمكن للعميل أن يتحسس طريقه إلى الخبرة القبتصورية إذا لم يكن هناك ضمت . فإذا لم تحدث فترات الصمت تلقائياً ، فإن المعالج يطلب من العميل أن يبقى صامتاً داخلياً وخارجياً . فإذا لم يحدث ذلك ، فإن الجزء اللفظى من العلاج هو حديث « حَوْل » ، وليس عملية عيانية . ويتبع جندلين (٨ ، ص ٣٤٠) أسلوباً معيناً لجعل هذه البأورة لإتاحة الوجود تحدث فى العلاج . وهو يورد نماذج منه فيما يلى :

(أ) سوف أطلب منك أن تصمت بينك وبين نفسك . خذ لحظة للاسترخاء .. (٥ ثوان) حسناً الآن تنبه لوحدك لذلك الجزء من الجسم الذى تحس فيه عادة بالفرح أو الحزن أو الخوف (٥ ثوان) . تنبه لهذا الجزء وانظر كيف حالك الآن . ما الذى يخطر لك حين تسأل نفسك « كيف أشعر الآن ؟ » « ما هو الشيء الرئيسى بالنسبة لى الآن ؟ » دع ذلك يأتى بأى طريقة وانظر كيف يكون .. (٣٠ ثانية أو أقل) . إذا كان هناك من بين ما فكرت فيه الآن مشكلة شخصية كبرى ، تحس بأنها هامة استمر فى ذلك ، وإلّا فاختر مشكلة شخصية ذات دلالة لك وفكر فيها .. تأكد من اختيارك لمشكلة هامة لك . (١٠ ثوان) . (I) بالطبع هناك أجزاء من هذا الذى تفكر فيه يصعب التفكير فى كل منها بمفرده . ولكن يمكنك الاحساس بها كلها معاً . يمكنك الاحساس بالمشكلة ككل .. دع نفسك تشعر بهذا الكل (٣٠ ثانية أو أقل) . (II) وأنت تتنبه لشعورك الكلى نحو المشكلة ، قد تجد أن شعوراً خاصاً يبرز منها . تنبه جيداً لهذا الشعور .. (دقيقة) . (III) استمر فى تتبع هذا الشعور الواحد . لا تدعه يصبح مجرد كلمات أو صور .. انتظر ودع الكلمات والصور تنبع من الشعور (دقيقة) (IV) إذا تغير هذا الشعور أو تحرك ، فدعه يفعل ذلك . مهما يحدث اتبع هذا الشعور وتنبه له .. (دقيقة) (V) والآن ركز على ما هو جديد فى مشاعرك فى هذه اللحظة وحاول أن تجد بعض كلمات أو صور جديدة تعبر عما هى عليه مشاعرك الحاضرة . ليس من الضرورى أن يكون ذلك مما لم تعرفه سابقاً . الكلمات الجديدة هى الأحسن

ولكن الكلمات القديمة أيضاً قد تكون مناسبة بنفس القدر ، طالما أنك تجد الآن كلمات أو صور لتقول ما هو جديد لك الآن .. (دقيقة) ، (VI) إذا كانت الكلمات أو الصور التى لديك الآن تشكل فروقاً جديدة ، فما هى هذه الفروق ؟ دع الكلمات أو الصور تتغير إلى أن تعبر تماما عن مشاعرك (دقيقة) والآن سوف أعطيك بعض الوقت لتستخدمه كيفما تشاء وحينئذ سوف نتوقف .

وأحياناً لا تعطى التعليمات السابقة كلها مرة واحدة . وإنما تعطى بصورة غير رسمية واحدة فى كل مرة خلال العلاج . وخلال هذا التركيز على البؤرة ، وخلال الملاقاة والتفاعل ، يتعين على المعالج أن يؤجل كل ما عدا ذلك ، وأن يستمع حقيقة وأن يعيد التعبير عن مشاعر العميل ، وإلّا فإنه لن يتفاعل معه تفاعلا حقيقيا . فمثلاً ، إذا تجاهل العميل تعليمات المعالج بالبقاء صامتاً للتركيز على الصعوبة التى يشعر بها ويناقشها ، وواصل الحديث ، فإن المعالج يستجيب أولاً لذلك ثم يطلب منه الصمت مرة أخرى .

٣ – **التفرد uniqueness** : يتعين على العميل فى العلاج أن ينسب إلى نفسه الاستجابات الفريدة والادراكات والطرق التى يعيش بها مواقف الحياة ، وهى التى تشكل تعريفاً للشخص . ولذلك ، فإن المعالج يحاول دائماً أن يمكن المريض من أن يكون على اتصال وثيق بمشاعره الفريدة واختياراته وادراكاته واستجاباته وتقييمه للأمور ، وهو ما يغلب ألا يتنبه له العميل الذى قد يردد القول مثلاً : « أخشى أننى فارغ تماماً من الداخل .. » ولذلك ، فإن المعالج يؤكد صدق مشاعر العميل وما تتضمنه من تقويم . وبالطبع ، فإن هذه المشاعر قد تتغير ، ولكنها الآن هى ما عليه وهى صادقة الآن .

٤ – **المسئولية responsibility** : يصر المعالج على أن الشخص مسئول عن مشاعره وتقييماته ، وأن القيم والاختيارات ووجهات النظر لا « تتسبب » عن أحداث قاسية فى الماضى أو فى الحاضر ، ولكنها تمثل الطرق التى يصوغ

بها المريض نفسه الطبيعة الإنسانية فى حالته . والمريض بهذا المعنى حر رغم ضآلة المصادر وكثرة المعوقات . ويساعد المعالج المريض على الاحساس بهذه الحرية وعلى استخدامها عن طريق الاحساس أولاً بالجوانب المتضمنة المحسوسة للمعنى وللتقييم ، فهذه ملك للمريض وهو مسئول عن تغييرها إذا طلب ذلك . ولكن كيف تعرف ما إذا كان الفرد يرغب فى التغيير وما هى توقعات الآخرين والمجتمع ؟ إحساس الفرد بوجهته يمكن أن يصدر فقط من الاحساس الخبروى المباشر للشخص ، والاحساس الذى يملكه الفرد بوجهته يمكن أن يصدر فقط من الاحساس الخبروى المباشر للشخص ، والاحساس الذى يملكه الفرد بحاجته إلى التغيير هو الذى يحدد هذه الوجهة . فإذا رغب العميل فى الغش والكذب ، فإنه يتعين النظر فى ذلك لمعرفة ما يريد العميل تجنبه . وإذا بالغ العميل فى الشكوى بصورة درامية ، فإن ذلك يتضمن وجود إحساس بإلحاح المشكلة وبالرغبة فى إشراك الآخرين . ويتعين على المعالج مساعدة العميل فى أن يكون صادقاً وأصيلاً ، ويعنى ذلك الاستجابة له وتقديم ما هو صادق إلى الأمام .

أساليب أخرى : لا يعنى العلاج الأساليب ولكنه يعنى العملية الصادقة ، ولذلك فإن المعالج الخبروى لا يستخدم عادة كلمة « أسلوب » لأنها تتضمن عكس ما يقال هنا ، وأن الأسلوب هو الذى يحقق العلاج كما لو كان الإنسان آلة ، وأنه يمكن تطبيق أى أسلوب معه مهما كان شعوره . والمهم هو كيف يُخبر ويعاش الأسلوب . ويمكن استخدام أى أسلوب فى إطار العلاج الخبروى طالما أن خبرة الشخصين هى التى تشكل أساس طريقة استخدامه .

ميكانيزمات العلاج النفسى :

يقدر جندلين (٨ ، ص ٣٤١) أن المعالج الوجودى – الخبروى يرى أن كلمة « ميكانيزم » لا تتفق مع النظرة إلى الإنسان لأن الإنسان ليس آلة . والسؤال النظرى الأساسى هو : كيف ولماذا يغير العلاج الشخص ؟ يرى الوجوديون أن ما عليه الإنسان تصنعه الحياة التى يعيشها ، ومن ثم فإن الإنسان يتغير فقط عن طريق معيشة مختلفة ويتحقق ذلك عن طريق حياة مختلفة . وبالرغم

من أن ذلك قد يبدو منطقاً يدور فى حلقة مفرغة ، إلّا أنه أساسى فى الفهم الوجودى للإنسان ، إذ لا يمكن فهم الإنسان عن طريق قوانين أو ميكانيزمات . ولكن هل ذلك يعنى أنه لا يمكن صياغة نظرية فى تغيير الشخصية ؟ تبدو هذه الصياغة غالباً مستحيلة فى الإطار الوجودى لأن عملية الحياة القبتصورية لا تقبل الاختزال إلى مفاهيم . إلّا أن نوعاً مختلفاً من النظرية يمكن صياغته بحيث لا يفرض ميكانيزمات تصورية بوصفها أساساً لفهم الإنسان ، ولكنه يستخدم المفاهيم التى قدمت فى الصفحات السابقة لفهم الطريقة التى يغير بها العلاج الشخص . ويمكن فهم التغير إذا نظرنا إلى عملية العلاج بوصفها امتداداً للحياة ، وهى التى يمكن حينئذ أن تغير الشخص .

و « ميكانيزمات » العلاج النفسى هى الطرق التى تجعل حياة المريض مختلفة بسبب وجود المعالج . ويتحقق ذلك عن طريق جعلّ عملية العلاج خبروية أصيلة . ويتغير الشخص – أى يصبح بقدر أكبر الشخص الذى يستطيعه ويرغب فى أن يكونه – لا عن طريق ميكانيزمات أو عن طريق ما يمكن للقوانين وللمفاهيم أن تقدمه من شرح ، ولكن عن طريق أسلوب حياة مختلف خبروياً . ولن يتغير الشخص إلّا إذا غير حياته ، لا من فئة إلى أخرى أو من أسلوب حياة الشخص أ إلى الشخص ب ، ولكن التغير يكون إلى ما يستطيعة الشخص عن صدق وما يرغب فيه عن صدق . ولن يتحقق ذلك إلّا عن طريق حياة صادقة . ولذلك ، فإن العلاج نفسه يتعين أن يكون حياة صادقة تصنع التغيير .

ويورد جندلين (٨ ، ص ٣٤٢) ثلاثة ميكانيزمات تيسر تحقيق التأثير لعملية العلاج فى التغيير ويتعين توفيرها ، وهى :

١ – تأثير إثبات صدق الاختيارات والقيم والمسئوليات ، فيلتزم المعالج الوجودى بمساعدة المريض على تحمل مسئوليته الكاملة عن اختياراته وعن إثبات صدقها ، والاحساس بأهمية ودلالة الطريقة الفريدة التى يبنى بها الشخص ذاته . ويسهم ذلك فى تحرير المريض من القيود والمخاوف والقيم المفروضة التى يتعلق بها عن خوف . وربما كان المعالج الوجودى هو الشخص الوحيد فى حياة المريض الذى يقدر دلالة القيم وجديتها وحقيقتها ، ومع ذلك فهو

لا يفرض على مريضه أى مجموعة من القيم بوصفها معطيات . وبذلك يمكن للمريض أن يقيم حياته هو .

٢ - تأثيرات الأصالة : من المسئوليات الرئيسية للمعالج أن يقيم مع عميله تفاعلاً ملموساً وأن يشارك مشاركة مفتوحة فى جانب منها عن طريق التعبير المفتوح عما يخبره فى هذا التفاعل . وكذلك عليه أن يستجيب لما يعبر عنه المريض أو ما يستطيع أن يعبر عنه وأن يبقى على اتصال معه . وبدون ذلك فإن الملاقاة الأصيلة لا يمكن أن تحدث .

٣ - ميكانيزم البأورة الخبروية experiential focusing : إذا تقبل الفرد مشاعره حتى لو كانت غير سارة ، فإنه يعيش فعلاً بالأسلوب الذى قد يجد من الصعب تحقيقه بشجاعة وبانفتاح فى العالم . فهو عن طريق التركيز على مضمون المشاعر أو بأورتها ودون ما حاجة إلى الشعور بالاستسلام لها أو تبريرها أو تصور أنها ليست بهذا القدر من السوء ، فإن هذه المشاعر نفسها سوف تتغير .

ويتضح مما سبق أن العلاج الوجودى يتبنى نمطاً مختلفاً عن بقية المدارس ، فهو يرى أن محاولة « علاج » شخص تنقص ذلك الشخص إلى مجرد « موضوع » وليس شيئاً آخر حقيقياً . ولا يتفق العلاج الوجودى مع النموذج الطبى القائم على علاقة بين طبيب ومريض ، ولكنه بدلاً من ذلك يؤكد على أن يعيش الشخص مع الآخرين فى مواقف الحياة . ذلك أن الفرد يتعين أن يتغير حيث يعيش ، ويتطلب ذلك وجود الآخرين . ويتعين أن يكون المعالج قادراً على الارتباط بالمريض كما عبر عنه بنزوانجر « وجود يتصل بوجود آخر » . ويكون نموذج اللقاء الأصيل غالباً فى ضوء أفكار مارتن بيوبر Martin Buber فى مخطوطه « أنا وأنت « I and Thou فهو علاقة تقوم على أساس الثقة والانفتاح واحترام ذاتية الآخر ، وفوق ذلك هى حالة من الاتصال . وكما يرى المعالج نفسه شريكاً وجودياً ، فإن المريض لا يرى نفسه موضوعاً محكوماً بقوى خارج نطاقه . وقد تستخدم أساليب متنوعة بعضها قد يكون مستمداً أصلاً من التحليل النفسى ولكنها ثانوية بالنسبة للجهد الذى يبذل لفهم الوقائع الوجودية فى حياة المريض . والهدف فى النهاية هو تقوية خبرة المريض بوجوده على أنه حقيقة . وبذلك يمكن أن يكون حراً فى القيام

باختياراته وفى الالتزام بأن يصبح أكثر من أن يكون مجرد « أن يكون to be » ، وذلك بتقدم اكتشافه للمعنى فى حياته (١٥ ، ص ٣٥٦) .

الجوانب الإدارية فى العلاج الوجودى وبعض مشكلاته :

لا يتطلب العلاج الوجودى فى تقدير جندلين أكثر من مكتب قد يشتمل على كراسى ، أو أرض غرفة فى مستشفى أو منزل ، إلخ . حيثما كان هناك شخصان يستطيعان الجلوس ورؤية كل منهما الآخر ، ولا يشتمل المكتب على أريكة ، لأنها فى نظر الوجوديين تحيل الفرد إلى مرحلة طفلية سلبية . وهم يعترضون على استخدام التنويم المغناطيسى أو العقاقير أو الحرمان من النوم ، وما يمكن أن يستثير مضامين مزعجة لدى الأفراد الذين يعجزون عادة عن الكشف عن الأشياء الهامة فى حياتهم ، وذلك لأن السلبية تحرم الفرد من الأسلوب الإيجابى فى العملية وهو ضرورى للتغير الإيجابى . وقد يستخدم مسجل صوتى ، ولكن يذكر للمريض أنه يمكن وقف استخدامه إذا طلب المريض ذلك . وتراعى السرية تماماً وتحترم وذلك لأن المعالج يفترض أن المريض يمكن أن يذكر ما يشاء لمن يشاء . وقد يشارك غالباً أفراد آخرون فى المقابلات ، وهؤلاء قد يكونون : القرين أو الصديق الذى يحضره المريض معه ، أو أشخاصاً قد يجد المعالج أنه من المفيد الاستعانة بهم بوصفهم مساعدين أو مستشارين . وقد وجد أن وجود شخص ثالث منصت يتسم بالحساسية يمكن أن يكون عوناً كبيراً ، إلّا أنه يتحتم الاستغناء عن وجودهم إذا اعترض المريض . وتكشف خبرات المعالجين الوجوديين عن مزايا « المعالج المشارك cotherapist » وذلك فى إطار من اللاشكلية والواقعية .

وقد وصف جندلين (٨ ، ص ٣٤٥) جماعة من ٦٠ إلى ٧٠ شخصاً عايشهم كعضو ، وبعضهم من الطلاب الاكلينيكيين وعدد قليل منهم من المهنيين . وهم يلتقون مرة كل أسبوع . وقد أعلنوا عن رقم جماعتهم التى أسموها « التغيرات » Changes ووصفوها بأنها « للمساعدة على حل المشكلات والبحث عن مكان للإقامة أو عن عمل أو عن أناس » . ومن الواضح أن الاهتمام لم يكن سيكولوجياً كلية . فإذا أدار أحد رقم التليفون حصل على استجابة مباشرة

فقد تدرب أعضاء الجماعة على الانصات وعلى الملاقاة الوجودية . وهو يدعى إلى الاتصال غير الرسمى بالجماعة عن طريق التليفون ، كما يدعى إلى الاجتماع الاسبوعى الموسع يوم الأحد . ولا يطلب من العضو الجديد عند حضوره أن يحدد سبب الحضور أو ما إذا كان يطلب المساعدة أم يريد أن يقدم المساعدة . والواقع أنه يقوم بالأمرين فى النهاية بصرف النظر عن تصوره المبدئى . وبذلك فلن يكون أى عضو مجرد « موضوع » لعمل الآخرين . وقد ينضم إلى الجماعة أفراد « ذهانيون » أو مضطربون اضطراباً شديداً ، وكثيراً ما يقدم هؤلاء العون للآخرين بالرغم من اضطرابهم . ولا يعتمد أى عضو على شخص واحد فقط ، إذ يتكون فريق للمساعدة فى حل المشكلة ، وبذلك يتوفر للعضو مجال للاختيار من بين أعضاء الفريق أو الجماعة كلها يمكن أن يكون فى العمل معه مباعدة . وهو إذا شعر بثقل العبء يمكن أن يحل محله آخرون . وبالتدريج يتكون مجتمع وجودى ، على الأقل بين بعض أفراده ولا يستبعد منه الجدد . وينطوى الكل فى جماعة المعايشة أو « الشبكة » لا لخدمة الآخرين فقط ولكن لخدمة أنفسهم أيضاً . وتناقش الجماعة مشكلة الفرد فى وجوده ، وهو أمر رغم صعوبته ، إلّا أنه يتميز بالصدق والأصالة وتهيئة فرص النمو للجميع . فإذا انتقد شخص أو هوجم ، فإن هناك دائماً من يحاول العمل على ضمان سماع وجهة نظر الشخص الذى تعرض للهجوم . وكان جندلين يرسل مرضاه الخصوصيين إلى هذا المجتمع ، كما كان يقبل منهم الأفراد للعلاج الخاص . وهو يرى أن ذلك يهيىء فرصاً أسرع لتغيير مواقف حياتهم واتخاذ قرارات هامة فى شئونهم . وهو يؤكد أن هذا النمط مختلف عن جماعة « الملاقاة » حيث أن مجتمع Changes مجتمع دائم يلتزم بالصدق فى مجال الحياة الحقيقية . وهو يرى أن هذا النمط بفضل صدقه وأصالته وامتداده إلى مواقف حياة واختيارات حقيقية يصلح لكل المشكلات ، ويمكن أن يمارس فى أى نوع من المواقف .

ومن المشكلات الخاصة التهديد بالانتحار . وفى تقدير جندلين أن اختيار الانتحار ليس اختياراً صادقاً أو أصيلاً . وكثيراً ما يتضح أن الرغبة فى الانتحار هى غضب على شخص أو انزلاق شخص فى حالة شاذة متوقعة إلى الانتحار . وهو يرى أننا لا نفهم الانتحار بالقدر الكافى الذى يمكن أن يسمح لنا فى الوقت الحاضر بتأكيدات معينة . وفى الإطار الوجودى ، فإن إرغام مريض على دخول

مستشفى أمر سيء . وأنه إذا كانت العلاقة بين المعالج والمريض وثيقة وكان المعالج يثق فى أن المريض سوف يلجأ إليه إذا خطر له خاطر الانتحار ، فإن ذلك ربما يكون أقصى ما يمكن عمله . أما إذا لم تكن العلاقة قد وصلت إلى هذا الحد من الاعتماد المتبادل ، فإنه يكون من الأفضل تدبير شخص يكون مع المريض كل أو معظم الوقت . وفى مثل هذه الحالات ، فإن مجتمعاً مثل "Changes" الذى سبق وصفه يمكن أن يدبر وجود مثل هذا المريض فى منزل أحد أعضاء الجماعة ، وأن يتبادل الأعضاء زيارته والبقاء معه .

التطبيقات :

يقرر جندلين أن المنهج الخبروى يمكن تطبيقه على أى مفاهيم تتكون لدى الفرد عن الكون وذلك عن طريق التركيز على المعنى الذى يحس به الفرد ذاتياً . وهو يطبق ذلك على الدين وعلى السياسة . فالمفاهيم الدينية لن يكون لها تأثيرها إلّا إذا خبرها الفرد خبرة أصيلة . وفى السياسة تكون الطريقة التى يعيشها الناس فى انتماءاتهم السياسية أهم من البرامج والمفاهيم فى حد ذاتها . فالأهداف والبرامج تنمو من وجود الناس ونموهم معاً وليس العكس . وفى المجتمعات التقليدية ، يتوحد الناس مع أدوارهم الاجتماعية ويجدون العون منها . وقد أدى ذلك إلى أن يسلك الفرد كما « يفترض » أن يسلك فى الموقف المعين ، وأن يغير من هذا المسلك بتغير الموقف ، ولكنا نجد اليوم الكثيرين يحاولون التحرك إلى ما هو أبعد من علاقات وأبنية الدور . وترى الوجودية أن الحل ليس هو فى إنكار الأدوار أو فى خلق أدوار جديدة ، ولكنه يكمن فى عملية مستمرة ومتصلة من ملاقاة خبروية أصيلة والتعبير عما يحس مباشرة بأنه يمكن أن يكون المستقبل . وقد يبدو أن الوجودية تدافع عن لا أخلاقيات أو عن التحرر من الولاءات باسم الجديد كل يوم . ولكن يدافع الوجوديون عن هذه التهمة بأن الأخلاقيات الوجودية تؤكد على أن الفرد لا يلتزم عن عجز بميثاق واحد ، ولكنه يؤكد كل يوم ما يتمسك به . فمثلاً ، إذا أحس الفرد بأن وعداً فى الماضى لا يبدو صحيحاً اليوم ، فإن تجاهله أو تنفيذه لن يقدم مشاعر الفرد إلى الأمام . ولذلك يتعين إيجاد طريق جديد من المشاعر المعقدة المتضمنة ربما عن طريق التفاعل مع الشخص الذى أعطى له الوعد .

ويطبق العلاج النفسى الوجودى على مدى واسع من المشكلات النفسية تتراوح من مشكلات القيم لدى من يسمون بالأسوياء إلى ما يسمى « الفصام » . ولا يعتبر « العصاب الوجودى » فئة فرعية من أنواع أخرى ، لأن غياب التقدم الأصيل الخبروى إلى الأمام يقع فى قلب أى صعوبة نفسية . ويؤدى التمسك بفئات تشخيصية مختلفة إلى محاولة علاج الناس بطرق مختلفة طبقا للفئة المعينة . ولكن لا تتوفر لدينا معرفة تؤكد قيمة مثل هذا العلاج الفارق . ويبدو أن مصطلحات مثل « ذهانى » و « عصابى » تصنف « الظروف » التى يمكن أن يكون فيها الفرد بدلاً من أن تصنف أنواعاً من « الناس » . ولكن من الممكن تخصيص مناهج معينة يعالج بها الناس فى ظروف معينة . فمثلاً إذا كان شخص يكافح ضد هلوسات ذهانية ، فإنه من المفيد شرح ذلك ، على أن المرغوب فيه هو التنبه إلى المشاعر ، وأن هذه تختلف عما يكافح الشخص لتجنبه . فالمشاعر ليست الشىء الذى يكافحه الشخص أو يخشاه بهذا الأسلوب . ولكى تكون للنتائج قيمتها ، يتعين أن يتضمن العلاج النفسى تغيراً واضحاً فى الحياة الحقيقية رغم صعوبة قياس درجته . ويدافع الوجوديون ضد اتهامهم بأنهم يعادون القياس والبحث بقولهم أن المتغيرات الآلية يتعين أن تحل محلها المتغيرات الناشئة عن عملية الخبرة بوصفها تعبيرات عنها ، وبذلك يمكن جعل أى وجه من عملية الخبرة عملياً أو إجرائياً حيث أن الكائن الإنسانى ليس ذاتياً فقط وليس داخلياً فقط ، ولكنه يعيش – فى – العالم ، ويعيش – مع – الآخرين . ولذلك فإن الفروق الذاتية لها جوانب ملحوظة . وقد أعد جندلين « مقياس عملية الخبرة » Experiencing Scale ، والذى تطور خلال سنوات إلى مقياس مقنن يسجل على شريط العملية المستمرة للعلاج . وقد استطاع هذا المقياس لمستوى عملية الخبرة التنبؤ بنجاح عن نتيجة العلاج فى عدد من الدراسات . وتوضح النتائج أنه إذا كانت العملية خلال العلاج تقدم الخبرة المحسوسة مباشرة إلى الأمام ، فإن النتيجة تكون إيجابية . أما إذا كان ما يحدث هو مجرد كلام وتفكير وشرح وتقرير واستبصار معرفى ومناقشة علاقات أو أى موضوعات أخرى ، فإن النتيجة تكون سلبية .

موقف النظرية الوجودية من النظريات الأخرى :

يصنف جندلين (٨ ، ص ٣٢٧) النظم العلاجية الأخرى إلى نوعين :
نوع يتساءل عن « ماذا » what من حيث طبيعة البشر والخبرة والباثولوجيا ، ولكنه لا يذكر إلا القليل عما « يفعله » does المعالج بصورة محددة . وبالرغم من أن كل هذه النظريات يمكن استخدامها خبروياً ، إلّا أن المعالج إذا فعل ذلك فإنه لن يبقى مع نظرية واحدة ، بل إنه يستخدمها كلها ، لأنها يمكن أن تساعد فى التقدم بما يحسه أو يعيشه الفرد عيانياً . ولكنها إذا لم تستخدم خبروياً ، فإنها يغلب أن تكون مصايد تحبس العقل والفعل فى طريق ضيق وتحول دون احساس بالخبرة الفريدة للشخص الآخر كما هى فى اللحظة المعينة ، وتجعل من الصعب التقدم إلى الأمام باستجابة شخصية أصيلة . وتشمل هذه النظم التحليل النفسى ومدرسة يونج .

وتسمى النظم التى تصر على مضامين معينة تفترض أنها أساسية وتتناول الناس من خلالها فقط بنظم النظرية المفردة single theory systems ، بينما تسمى النظم التى ترى أن كل ما هو مطلوب إجراء واحد ضيق بنظم الأسلوب المفرد single technique systems ومن هذه النظم مدرسة العلاج المتمركز – حول – الشخص ، ومدرسة الجشتالت ، والمنهج العبر – تفاعلى ، والمنهج الإجرائى والمنهج العقلانى وغيرها مما يقدم إجراءً أساسياً واحداً . وتتراوح هذه الإجراءات من أساليب غير فعالة مثل الجدل إلى أساليب قوية يمكن أن يتبناها المعالج الوجودى . إلّا أنه يؤخذ على كل من النوعين من النظم الإدعاء بأن اتباع النظام المعين ينتقى معه اتباع أى نظام آخر . فالمحلل النفسى يصر على أن علاج مشكلات العميل لن يتأتى إلّا بالحديث عن أنواع الصراع الجنسى الطفلى ، وإلّا فلن يكون المعالج محللاً . وإذا لم يستجب العميل للأسلوب المعين ، فإنه يشكل حالة ميئوساً منها .

ويمكن استخدام كل النظريات والأساليب بصورة فعالة أو غير فعالة ، ولكن النظريات والأساليب لا تحدد الكيفية ، فهى تقرر فقط « ماذا » يأتى به المريض أو ماذا يفعل المعالج . ويرى جندلين أن خبرة أكثر من سبعين عاماً قد

أوضحت أنه يمكن للمعالج أن ينتمي إلى أى مدرسة علاجية وأن يواجه النجاح أو الفشل ، ولذلك فهو يرى أن المدرسة المعينة ليست هى العامل الفعال ، ولكن ما هو أساسى هو « الكيفية » how التى تستخدم بها الكلمات : النظرية والأساليب التى تنادى بها المدرسة . ورغم كل الأعمال الكبيرة لفرويد ، فإنه ليس فيها إلا القليل جداً عن كيف يمارس العلاج . ومعظم ما كتبه فرويد يرتبط بما يخبره المريض وأسبابه . ويستخدم فرويد التداعى الحر والتفسير ، ولكن ذلك يرتبط بـ « ماذا » يفترض أن يكون فى المريض . ويذكر عبارات غامضة عن أهمية توقيت التفسيرات ، ولكن يفترض أن ذلك يترك لإلهام المعالج ، إذ يصعب تحديده بدقة . و « مواصلة العمل التحليلى » working through تعبير عام لتسمية العملية الكلية للعمل العلاجى ، وهو أيضاً شىء يفترض أنه من الصعب تحديده بدقة . ويذكر فرويد أن ذلك هو أهم جانب فى التحليل النفسى ولكنه لا يذكر كيف يؤدى بصورة أحسن . والطرح هو الأداة الأساسية فى التحليل النفسى ، ولكن طريقة معالجته أو التغلب عليه ليست واضحة فى زعم جندلين . وكذلك فإنه بالرغم من أن أعمال يونج تشكل نظرية طيبة فى الحياة البشرية ، إلّا أنها تقدم القليل فى طريقة ممارسة العلاج .

وعلى عكس هذه النظريات القديمة ، فإن النظريات الأحدث تقدم القليل من النظرية مقابل التركيز على الإجراءات ، وهى لا تتجاوز عادة إجراءً واحداً أو اثنين . ويقاد الفرد إلى الاعتقاد بأن هذا الأسلوب المفرد هو كل المطلوب وأن فعاليته كونية ». فمثلاً ، فى التحليل العبر – تفاعلى ، يترجم الأنا والهو والأنا الأعلى إلى : راشد وطفل ووالد ، ويستغنى عن بقية نظرية فرويد . ويتمثل الإجراء فى مجرد تحدى المريض على أن يتخلى عن مرضه . ورغم قلة عدد الأساليب إلّا أنه يفترض أن كلا منها يلغى الآخر . وترى الوجودية أن التأثير العلاجى لن يتحقق إلّا إذا خبر المريض الشعور خبرة مباشرة ، فلا يكفى مثلاً أن يذكر أن « الأنا الأعلى » فى التحليل النفسى أو أن « الوالد » فى التحليل العبر – تفاعلى هو العامل الفعال فى الحالة المعينة ، إذ يتعين أن يحس المريض بذلك مباشرة . وينطبق نفس النقد على الأساليب المتبعة فى المدارس الأخرى .

العلاج المعنوى (اللوجوثيرابى)

نشأ فكتور ى. فرانكل طفلاً فى فيينا وتعلم التحليل النفسى ، وظهرت آراؤه الوجودية عن الإنسان وعن العلاج من خلال ثلاث سنوات قضاها فى معسكرات الاعتقال النازية . ونظراً لأنه عاش فى الوجود « عارياً » فقد تحقق من صدق كلمات نيتشه « إن من لديه سبباً للحياة يمكن أن يتحمل تقريباً أى طريقة للحياة » ، وقد ظل ذلك مبدأ هاماً فى تفكيره . وبعد الحرب أنشأ فرانكل اللوجو ثيرابى logo therapy أو العلاج المعنوى (تعنى كلمة logos المعنى) . وهو صورته عن التحليل الوجودى . وقد عاد فى النهاية إلى فيينا ليصبح أستاذاً للطب النفسى ولعلم الأعصاب فى الجامعة ورائداً فى العلاج النفسى المعاصر فى فيينا . وقد وصف نظريته وطرقه فى ثلاثة كتب ترجمت إلى الإنجليزية(*) .

ورغم اختلاف نظام فرانكل عن العلاجات الوجودية الأخرى فى عدد من الجوانب ، إلّا أنه يمتاز بالوضوح والبساطة (١٥ ، ص ٣٦١) . ويساعد العلاج المعنوى الفرد فى المشكلات ذات الطبيعة الروحية والفلسفية : المشكلات التى ترتبط بمعنى الحياة والموت والعمل والمعاناة والحب . الدافع الأساسى فى نظام فرانكل لدى الإنسان هو « إرادة المعنى » the will-to-meaning ، وهو دافع أساسى بقدر أكبر من دافع اللذة أو التخفف من التوتر أو القوة أو تحقيق الذات . ويحدث الاحباط الوجودى حين تهدد هذه الحاجة . ويصف فرانكل ما ينتج عن ذلك من إحساس باللامعنى بأنه « فراغ وجودى » ومثل هذه المشاعر منتشرة وبخاصة فى هذه الأوقات المعقدة العصيبة والمثيرة للحيرة ، وهى قد تصاحب أو لا تصاحب العصاب أو الذهان ،

* Man's search for meaning (Rev. ed., 1963) the Doctor and the Soul (2nd ed., 1965) Psychetherapy and Existentialism (1967).

وهكذا ، فإن العلاج المعنوى يكمل المعالج النفسى ألذى يتناول المشكلات النفسية للإنسان ، ولا يقصد منه أن يكون بديلاً له ، إذ أن أكثر ما يهتم به فرانكل هو الجانب الروحى للحياة ، وهو يميزه عن المجالات البيولوجية والسيكولوجية التى تهم عادة الاكلينيكيين . وحين ينتشر الإحباط الوجودى ويشتد ، فإنه يمكن أن يؤدى إلى أعراض عصابية . ويسمى فرانكل هذا الظرف noö genic neurosis وهولايمثل صراعاً بين البواعث أو الغرائز ولكنه يمثل تصادماً بين المبادىء الخلقية . ومثل هذه المشكلات التى تعكس الإحباط الوجودى هى التى يهتم بها أساساً العلاج المعنوى . والهدف فى النهاية هو مساعدة المرضى على إيجاد هدف وغرض لوجودهم .

ويسعى العلاج المعنوى إلى جعل الناس مقدرين وواعين بمسئولياتهم ، حيث أن ذلك هو أساس الوجود الإنسانى . ولكن مثل هذه المسئولية تتضمن التزامات ، وهذه بدورها تستمد من فهم الفرد لمعنى الحياة . ويسهم فى إقامة معنى للحياة ، تفرد الشخص ومصيره وميراثه . وكذلك ، فإن حتمية الموت تعطى للحياة معنى ، لأنه إذا لم تكن هناك نهاية للحياة فلن تكون هناك حاجة لاختيارأت أو لقرارات ، ومن ثم لا مسئولية ، حيث يمكن تأجيل الأفعال إلى ما لا نهاية . ويتمثل التأكيد على المسئولية فى حتمية العلاج المعنوى . « وهكذا عش كما لو كنت تعيش للمرة الثانية وكما فعلت فى المرة الأولى خطأ أنت على وشك أن تفعله الآن » (١٥ ، ص ٣٦٢) . وفى العمل مع الناس الذين يعانون من الإحباط الوجودى ، يكون الاهتمام الرئيسى فى العلاج المعنوى بقيمهم أو بصراعاتهم الفلسفية ، وذلك أساساً بقصد أن تكون لهم خبرة بمسئولياتهم عن حاجاتهم وأفعالهم . ولا يحاول المعالج أن يفرض نظام قيمه هو ، رغم أنه يجب أن يعرف وأن يكون مستعداً لتأكيد قيمه هو إذا كان ذلك ضرورياً . ويتجه التأكيد لا إلى إعادة البناء التاريخى لشخصية المريض أو لفلسفته ، ولكن إلى المشكلات الروحية الحاضرة وإلى مسارها المستقبلى حسب أهميتها . والعلاج المعنوى أيضاً له قيمته فى التعامل مع العصابيين والذهانيين مع العناية بوجه خاص بمآزقهم الروحية . ولكن فى هذه الحالة ، يكون العلاج المعنوى غير نوعى وليس منهجاً يتناول الأعراض . ويهتم المعالج المعنوى بأعراض المريض بقصد تغيير اتجاهاته نحوها وليس بقصد تخليصه منها . ومن أساليب العلاج المعنوى المصممة للتعامل مع

مرض الوسواس – القهر ومع مرضى المخاوف أسلوبان أسميا : « القصد المتناقض » paradoxical intention و « تحريف التأمل » de-reflection (١٥ ، ص ٣٦٢) .

ويشجع فرانكل مريض المخاوف على أن يقصد أو أن يرغب ، ولو للحظة . بدقة ، وما يخشاه (القصد المتناقض) وذلك بغرض كسر الحلقة الشريرة للمريض والتى يتضخم فيها قلقه المتوقع عندما يخشى لقاء يخاف منه ويحاول تجنبه . ويؤدى هذا الأسلوب فى مَناخ من المرح بأكبر قدر ممكن وبنوع من التباعد الذاتى إلى التغلب على القلق ، وذلك لأن سخرية المرء من نفسه ومن أخطائه خطوة هامة نحو التغلب عليها. فمثلاً ، كانت طالبة طب تخشى أن ترتعش عندما يدخل الأستاذ مختبر التشريح.، وسرعان ما يسبب الخوف فعلاً رعشة . وقد ذكرت لفرانكل : « عندما تذكرت ما قلته لنا فى المحاضرة فيما يرتبط بهذا الموقف نفسه ، قلت لنفسى أنه كلما دخل المدرس غرفة التشريح : « هذا هو الأستاذ والآن سوف أريه كيف أرتعش جيداً » . ولكن كلما حاولت أن أرتعش فعلاً ، فإننى كنت أعجز عن ذلك » . وكذلك ، فإن تحريف التأمل يتضمن تجاهل العميل بدلاً من التنبه إلى ما يقلقه ويزعجه . ولكى يكون ذلك فعالاً ، يتعين أن ينحرف تأمله عن القلق المتوقع إلى محاولة أكثر إيجابية .

وباختصار ، يعالج منهج فرانكل بصورة مباشرة مشكلات المعنى والفلسفة والوجود والمجالات التى يحوم حولها المعالجون الآخرون . وهو يحاول أن يقود المريض إلى الوعى والمسئولية . ورغم أن المنهج بعيد عن أن يكونْ نظاماً ، وبالرغم من أن بعض المفاهيم يصعب فهمها ، إلّا أنه مما لا شك فيه فى تقدير كورشين (١٥ ، ص ٣٦٢) أنه يشير إلى الطريق نحو التعامل مع المشكلات الوجودية للإنسان والتى تتزايد أهمية فى المجتمع المعاصر بوصفها مصدر معاناة روحية وسيكولوجية . وهو على هذا النحو يمثل نزعة تتزايد شعبية فى العلاج النفسى نظراً لأن المعالجين يسعون إلى توجيه اهتمامهم إلى مستوى أعمق من البناء الخلقى لدى المرضى . وهو كظاهرة اجتماعية يعكس نفس دوافع ومقاصد نظم العلاج النفسى الأخرى : أى الاهتمام بوجود فريد فى عالم تتزايد فيه القوى الآلية والضغوط للانصياع ، ويقوى الدافع إلى الكشف عن خبرات روحية أعمق من تلك التى

يوفرها مجتمع آلى وإلى البحث عن مكان للفرد ، ليس فى المجتمع فقط ، ولكن فى نظام كونى أعم . وهو بذلك يقدم إطاراً مفيداً للمعالج برغم محدودية أساليبه .

وأخيراً ، يبدو أن نطاق قابلية اللوجوثيرابى للتطبيق محدود بالأشخاص من ذوى مستوى ذكاء متوسط على الأقل ، وممن لا يعانون من خلل فى أداء وظائفهم اليومية وممن تتوفر لديهم القدرة على التأمل فى ذواتهم بحيث يكونون متقبلين للفحص الذاتى الذى يتطلبه المنهج (٢٠ ، ص ١٤٥٧) .

وفى تقويم المنهج الوجودى فى العلاج النفسى ، فإنه ليس من المبالغة تقرير أن الكثيرين يتفقون مع ما يقرره كورشين (١٥ ، ص ٣٥٧) من أنه مهما واصل المرء قراءته لأدب الوجوديين وتراثهم ، فإنه سوف يظل على شك فى المعنى الدقيق للمفاهيم الوجودية فيما يتصل بالإجراءات المحددة للعلاج النفسى كما يرونه ، ما الذى يعنيه حقيقة أن يكون المعالج معالجاً نفسياً أصيلاً ؟ أو أن يكتشف وجود – المريض – فى – العالم ؟ وينزع المفكرون الوجوديون بعامة إلى رفض التنظير ، وهو رفض ينبع جزئياً من الخوف من أن تكون التصورات نفسها عائقاً للفهم المباشر لإنسان آخر ، وأن يقلل التأكيد على الأسلوب بالضرورة من أصالة اللقاء . ويتفق المعالجون النفسيون مع رولو ماى فى قوله بأن العلاج الوجودى « ليس نظاماً للعلاج ، ولكنه اتجاه نحو العلاج ، ليس مجموعة من أساليب جديدة ولكنه اهتمام بفهم بنية الوجود الإنسانى وخبرته التى يتعين أن تكون وراء كل الأساليب » . والتأكيدات الرئيسية واضحة مثل أهمية الخبرة الشخصية المباشرة ، والعلاقة بين المعالج والمريض . وقد كان للوجوديين تأثيرهم فى العلاج بعامة سواء كان وجودياً أم غير وجودى .

الفصل السابع
العــلاج الجشــتالتى

تعـريف :

العلاج الجشتالتى **Gestalt therapy** نموذج فى العلاج النفسى يرى الشخص المضطرب ، كما يرى الاضطراب ، بوصفهما مؤشرين لاستقطاب polarization مؤلم بين عنصرين فى عملية سيكولوجية . ويمكن أن توجد حالة عدم الانسجام هذه ، داخل فرد واحد ، أو بين فردين أو أكثر . وبصرف النظر عن الموقع ، فإن العلاج يتكون من الجمع بين العناصر غير المنسجمة ، فى مواجهة كاشفة للذات . وهذا المنهج لا تاريخى ahistoric يركز الاهتمام على السلوك المباشر ، ويتطلب المشاركة الشخصية من المعالج (١٤ ، ص ٢٥١) .

المقـدمـات :

يقرر كمبلر أنه لا يوجد فى العلاج الجشتالتى ما يمكن اعتباره أصلياً أو مبتكراً ، وأنه يمكن الكشف عن كل الاعتبارات النظرية فى التاريخ المكتوب للإنسان . وغاية ما يمكن قوله هو أن العلاج الجشتالتى يمثل اليوم لغة معاصرة وتوصيات للسلوك يؤمل أن تطبق بكفاءة أكبر المعرفة التى حصلها الإنسان منذ زمن طويل . ويرجع كمبلر بداية تاريخ العلاج الجشتالتى إلى قصة آدم وحواء حين تفتحت عيونهما على أنهما عريانان ، ذلك أن الفلسفة الكامنة وراء هذا النوع من العلاج تحث الإنسان على تحصيل وعى ذاتى ، كما أن العلاج نفسه يتركز على تصحيح نقائص هذا الوعى بالذات ، وهو الخطوة الأولى نحو التكامل السيكولوجى ، وبالتالى نحو حالة أعلى من الوعى . وقبل ظهور المسيحية ، أوحت الفلسفة الهندية « سانخيا » Sankhya إلى باتانيجا Patanijah بصياغة « صفحات الحكمة العشرة » . وتشتمل هذه الصفحات على الاعتقاد بأن الخبرة

فى هذه الأرض هى المفتاح الذى يوقظ كل المعرفة بالكون ، وهى المعرفة المحبوسة فى كل منا ، والتى تنتظر إطلاق سراحها (١٤ ، ص ٢٥١) .

واليوم ، تنادى فلسفة الجشتالت بأن الخبرة المباشرة بين الأشخاص هى المفتاح لاستعادة الصحة العقلية والاحتفاظ بها ، وربما كانت الطريق أيضاً للمعرفة التى تشير إليها الفلسفة الهندية . وبين هذين السجلين المبكرين فى تاريخ الإنسانية وبين الحاضر ، حاول الكثيرون وصف الوجود الإنسانى فى ضوء الوعى ، وحدود الوعى التى يفرضها الاستقطاب الذى يجعل الوعى ممكناً . وكذلك نادى البعض بمفهوم أن خبرات الإنسان يجب أن تكون الأساس الذى يبنى عليه وعيه .

البـدايات :

يرتبط العلاج الجشتالتى بالوجودية ، فقد بزغت فى أواسط القرن التاسع عشر فلسفة شعبية تحث الإنسان علَى أن يعتبر وجوده المباشر ، وعلى أن يعتبر إمكانية أن يكون هو القوة الوحيدة التى تؤثر فى هذا الوجود . وتبلور هذه الفلسفة الوجودية اتجاهاً معيناً للإنسان نحو ذاته ، وهو اتجاه يجد التعبير عنه فى مؤسسات كثيرة لإنسان القرن العشرين ، ومنها مؤسسة علم النفس والتى أصبحت مكاناً خصباً لتنمية الفكر الوجودى ولتطبيقه على مشكلات الحياة اليومية . ومن ثمار الفكر الوجودى النموذج العلاجى الذى يسمى « العلاج الجشتالتى » .

ويرتبط استخدام مصطلح الجشتالت فى علم النفس الاكلينيكى باسم فردريك بيرلز Frederick Perls وربما كان استخدام مصطلح الجشتالت لتسمية هذا النموذج العلاجى أمراً فطيراً وعارضاً ، إلّا أنه قد يصعب القول بأنه غير مُناسب كلية ، ذلك أن بيرلز قد بدأ تدريبه على العلاج فى إطار التحليل النفسى ، ثم من خلال اتصاله بكيرت جولدشتين ، والمفاهيم السائدة فى علم النفس الجشتالتى ، استطاع أن يشق طريقه خارج شبكة التحليل النفسى إلى علم النفس الوجودى . وحين يدخل علم نفس الجشتالت دائرة علم النفس الاكلينيكى ، فإنه يقع بصورة طبيعية فى الإطار الوجودى .

وبينما تهتم الوجودية بالطريقة التى يخبر experiences بها الإنسان وجوده المباشر ، يهتم علم النفس الجشتالتى الاكلينيكى بالطريقة التى يدرك perceives بها الإنسان وجوده المباشر . وقد بدأ بيرلز - فى الإطار الجشتالتى - يحث مرضاه على تغيير منظورهم أو وعيهم awareness ، بوصف أن ذلك وسيلة لتغيير سلوكهم . أى أن بيرلز كان يرى أن تغيير الوعى أو تغيير الجشتالت الحاضر ، هو بداية سلوك جديد ، ويعنى ذلك خبرات جديدة للمريض . وفى هذا الإطار ، يتجاهل المعالج العوامل التاريخية ، أى كيف نما الجشتالت المحدد - للذات ، وبذلك أمكن لعلم النفس الجشتالتى الاكلينيكى أن يحتل بصورة مناسبة موقعه فى إطار الفلسفة الوجودية .

وفى أواسط الستينات ، استقر المقام ببيرلز فى بيج سير Big Sur بكاليفورنيا ، حيث أسس مركزاً للعلاج وللتدريب الجشتالتى . وقد عقدت أول ورشة فى هذه المدرسة العلاجية عام ١٩٦٣ بإشراف بيرلز ، وسيمكين Simkin ، وكمبلر Kempler . ولكن بيرلز وكمبلر اختلفا ، لا فى النظرية ، ولكن فى الممارسة ؛ ذلك أن بيرلز بتأثير خلفيته فى التحليل النفسى ، كان ينزع إلى إخضاع المريض لتوجيهه فى إطار نموذج يتمثل فى عبارة : « أنت المريض وليس أنا » . ولم يتفق كمبلر معه فى هذا المنهج ، وفضل أن يصف النموذج الذى يفضله بالنموذج « الجشتالتى - الخبروى » Gestalt Experiential ليظهر تفضيله للخبرة التفاعلية العملية والشخصية على النموذج الذى تمسك به بيرلز . أى نموذج « من عَلٍ » . وقد ركز كمبلر تطبيق منهجه هذا فى العلاج العائلى الذى يمثل اهتمامه الخاص .

وقد استقر بيرلز فى بيج سير بعض الوقت إلى أن انتقل إلى كندا قبل وفاته بوقت قصير عام ١٩٧٠ . وهناك أسس مركز للتدريب الجشتالتى والمجتمع الجشتالتى . وقد اتجه بيرلز - طبقاً لكمبلر - إلى التقارب مع آراء هذا الأخير ، مما سهل على كمبلر التوحد مع بيرلز ومع الحركة الجشتالتية مرة أخرى .

النظـــرية

نظراً لأن نظرية الجشتالت منهج فينمنولوجى ، فإنه من الصعب تنظير العلاج الجشتالتى ، وذلك أن أى صياغة نظرية تفرض قيوداً وتعاريف وحدوداً مصطنعة . ويمكن للكلمات على أحسن تقدير ، أن تقرب فقط من الخبرة ، كما يمكن للنظرية أن تكون فقط تصويراً للخبرة . ولذلك يرى كمبلر أنه من الأفضل صياغة إطار عريض يكفى للإحاطة الشمولية بالإمكانات اللامتناهية للسلوك الإنسانى ، وفى نفس الوقت تجنب أخطار إصدار الأحكام . ولا يمكن تقييد مثل هذا النموذج بالأحكام أو الصياغات المطلقة . ولكن يجب أن نستطيع من خلال هذا النموذج إحكام النظر فى التفاعل بين الناس أو التفاعل داخل الإنسان . وعلى الرغم من أن مثل هذا العمل مستحيل ، إلّا أن ظاهرة الإنسان ونظرية العلاج الجشتالتى ، من الأفضل النظر إليهما من خلال الرؤية التصورية للعمليات .

المفاهيم الرئيسية :

الإنسان هو تجسيد فريد أو هو تحقيق مادى materialization ، لهذا البحر الهائل الذى لا يمكن الإحاطة به ، من الطاقة التى نسميها الكون . وإذا استطاع الإنسان التحكم فى طاقته مثل تحكمه فى الجاذبية وفى التيار المغناطيسى وفى ظاهرة الليزر ، فإننا قد نتوقع أن يختفى من النظر المحسوس وأن يوجد فقط بوصفه قوة هائلة تصبح هى نفسها إمكانيته الوحيدة . فالمادة المتكاملة تصبح طاقة والطاقة المتفككة تتجسد مادياً . ومن حيث العمليات processes ، فإن فترة حياة الإنسان يمكن وصفها بأنها عملية تتكون تكوناً نشطاً تمثل الطاقة والمادة فيه القطبين . وإدراك الإنسان بوصفه عملية هو بداية ، كما أن النظر إليه بوصفه يتكون من عمليات فى كون لا متناهى من العمليات هو تعريف له .

ويعمل العلاج الجشتالتى فى دائرة أصغر داخل الدائرة الأكبر . فهو لا يشغل نفسه بصورة مباشرة بعملية الطاقة – المادة فى الإنسان ، ولكنه يركز –

فى داخل هذا المجال – على العمليات السيكولوجية المتنافرة ، وبعبارة أخرى ، لا يهتم العلاج الجشتالتى اهتماماً مباشراً بحقيقة ميلاد الإنسان ، ولكنه يهتم بالتنافرات التى تنشأ داخل الإنسان وحوله نتيجة لمعيشة هذا الميلاد . ويمكن نظرياً على الأقل ، أن ينتج عن العلاج الناجح اختفاء المريض والمعالج فيزيقياً ، ولكن فى عالم الواقع ، يتغير كل من المريض والمعالج عادة نتيجة للتأثير المتبادل بينهما . ومن المعترف به ، أن النتائج المباشرة تكون عادة أقل لفتاً للنظر مما هو ممكن نظرياً . والنتائج المألوفة للعلاج الناجح هى عادة التخفف من الأعراض ، والنمو المتزايد للمعالج ، وهو النمو الذى يؤدى إلى استنباط طرق جديدة للعمل (١٤ ، ص ٢٥٥) .

العمليات : يحاول الإنسان فهم الكون ، فيقسم المتصل الكونى إلى أجزاء صغيرة قابلة للتفكير فيها . وهو يعطى لكل جزء عنواناً ويعامله كما لو كان كياناً فى حد ذاته ، ثم هو يحاول بعد ذلك فى لعبه بهذه الأجزاء اكتشاف ما إذا كان من الممكن الجمع بين جزءين . فإذا وجد علاقة فنمنولوجية بين الجزءين ، ظن ذلك اكتشافاً . وحيث أن التفكير يبدأ بالتعرف على الموضوعات المنفصلة ، فإنه ليس من الصعب التعرف على نقطتين فى عملية . ولكن اكتشاف العمليات أمر أكثر صعوبة . ويمثل هذا الاكتشاف بداية فهمها . وهناك خاصيتان توجدان دائماً فى العلاقة بين نقطتين فى أى عملية : تجاذب وتنافر فى نفس الوقت ، نزعة إلى الاندماج ونزعة إلى التمايز . وفى كل العمليات تحتفظ القوى المتحركة فى الوجهتين بنشاط يؤثر تدريجياً ويغير من العلاقة بين النقطتين . وأحياناً يكون نبض هذه القوى ضئيلاً ، ويكون بصرنا محدوداً : فيخيل لنا أنه لا شىء يحدث . ويصدق ذلك بخاصة مثلاً فى حالة الحب المحبط . ولكن توجد حركة « من وإلى » بين أى نقطتين فى عملية الحركة ، سواء كانت هذه الحركة بين محبين محبطين ، أو بين الشمس والقمر ، أو بين محبين راضيين . ولكن بالرغم من أن العمليات تبدو أحياناً ثابتة ، إلّا أنها كلها تتجه إلى الانطفاء . ونحن نعلم أيضاً أن نهاية كل عملية هى خلق عمليات جديدة .

ويتجاوز مفهوم العمليات خطوة واحدة الفكرة البسيطة : السبب والأثر ، إذ يقر هذا المفهوم أن الأثر ليس فقط متلقياً سلبياً للسبب ، بل إن له بدوره تأثيره على السبب ، ولذلك فهو يصبح أيضاً سبباً . ويستخدم للتعبير عن هذه العلاقة

مصطلح « إرجاع الأثر » feed back . ومن المعترف به الآن أن كلا من السبب والنتيجة هما فى نفس الوقت وبالتناوب الأثر والسبب أيضاً ، وأنه يتعين أن يتبادلا التأثير لكى تبقى العملية .

وتنتهى العمليات حين تلتقى وتتصل نقطتان معاً فيكونان نقطة جديدة مفردة تصبح شريكة فى عملية أخرى ، أو حين تصبح المسافة بين النقطتين من الكبر بحيث لا يكونان تجمعاً أو نسقاً constellation يمكن أن تعرف حدوده . وفى هذه الحالة ، تصبح كل نقطة منفصلة فى عملية أخرى . وبالطبع ، فإن الأمر شديد التعقيد ، حيث أن كل العناصر تشارك باستمرار فى عمليات كثيرة . ولكن من الممكن بقصد التوضيح ، وصف ظاهرة العمليات بهذا المنظور المبسط من نقطتين دون أن تبعد النظر عن الموضوع الأساسى . وتذكر لنا عملية الحب عن « مصير العمليات » أكثر مما تذكر لنا عن سيكولوجية الحب ؛ ذلك أن شخصين يلتقيان ويشعران بالتجاذب ، فتبدأ عملية ، بمعنى أن كلا منهما يتحرك فى فلك الآخر ، وبالرغم من أن طابع التفاوض بينهما يكون مختلفاً دائماً عما هو عليه بالنسبة لأى شخصين آخرين ، إلّا أن كفاحهما متشابه : تجاذب وشوق للاندماج والتكامل والوحدة ؛ وفى نفس الوقت دافع للاحتفاظ بالفردية وبالانفصال . والذى يحدث عادة هو أن يتوحد فرد مع قوة واحدة فقط من القوى داخله . وقد يقول : « أريد أن أكون معك أنا وأنت ، شخصاً واحداً ، ولكن ذلك مستحيل » ، بدلاً من أن يعترف بالعملية التي تقول : « أريد أن أكون أنا وأنت شخصاً واحداً ولكن أريد أن أكون منفصلاً عنك » ، وكل من القوتين شديدة ومؤلمة . وتختفى كل قضايا الانفصال مقابل الاتحاد مع اختفاء الحركة . وكل ما يبقى هو فجر عمليات جديدة . ويتمثل المصير الخلاق للعمليات فى بداية طفل . وتنطبق أسس العمليات الحاكمة سواء كنا نناقش العمليات الكونية أو العملية ، أو عمليات الأعراض .

تصور المفاهيم : يمثل الجهاز العصبى المركزى قدرة فريدة ملحوظة . وتعنى قدرة المخ على التفكير ، القدرة على تمييز الفارق ، فهو يستطيع الملاحظة ووصف الفروق والاستنتاج ، كما أنه يمكنه اللعب بهذه الاستنتاجات . وهذا اللعب هو ما يعرف بالقدرة على التصور conceptualization ، أى خلق أشياء غالباً ما توجد فقط فى أفكار المخ . ويترتب على هذه القدرة الخلاقة عواقب

عجيبة منها قدرة الإنسان على الاستجابة لمفاهيمه على أنها واقع reality . فهو يستطيع أن يفكر فى الخطر وأن يقتل أبرياء فيما يبدو أنه دفاع عن الذات . ويمكنه أن يفكر فى الخلق ومن ثم يصبح خلاقاً . وهذه القدرة العجيبة للمخ على التمييز الفارق وعلى التصور تتوقف على الظاهرة التى تسمى « الاستقطاب » polarization . فمثلاً ، يتطلب وصف الشيء الناعم تصور الشيء الخشن ، كما يتطلب وصف الأعلى وجود الأسفل ، إلخ .. ولكى نعرف ماهية شيء ، يتعين أن نعرف ما ليس هو . وتسبب هذه الخاصية الأساسية المتاعب أحياناً . فمثلاً ، يصبح من المستحيل تصور الاتحاد دون تصور عكسه : الانفصال والتمايز .

العمليات السيكولوجية : العملية العقلية التى اخترعت بصورة خلاقة مفهوم العمليات واكتشفت القواعد التى تحكمها ، هى نفسها مجموعة من العمليات تخضع لكل القواعد والنظم التى تحكم العمليات . وتبدأ معرفتنا بالعمليات السيكولوجية بتقسيم السلوك إلى فئات مستقطبة مثل : نشط مسيطر وسلبى خاضع . وكذلك نحاول بنفس أسلوب تفكيرنا السابق عن العمليات بعامة ، شرح العلاقات بينها فى ضوء علاقة خطية linear بين السبب والأثر . وبصرف النظر عما إذا كانت الظاهرة ينظر إليها بوصفها داخلية intrasychic يسيطر فيها أنا أعلى قوى على أنا خاضع ، أو ظاهرة بين شخصين ، يسيطر فيها زوج على زوجته ، فإننا نفسر السلوك النشط – المسيطر على أنه القوى المتحكمة . ثم نبدأ نكتشف بالتدريج القوة التأثيرية للخضوعية – السلبية ، وسرعان ما تفتقد هذه المصطلحات معانيها ؛ ذلك أنها مجرد طرز مختلفة للتأثير ، بدلاً من أن تحمل فى اسمها فارقاً متضمناً من القدرة على التأثير . وبذلك ، احتل الخضوع مكانه الحق بجوار السيطرة بوصفه قوة تتساوى معه فى التأثير . ولذلك ، فقد غيرنا المصطلح إلى : سلبى – عدوانى . ونحن نقدر اليوم أن أى طرفين فى نسق : زوج وزوجته ، أم وطفل ، مدمن للكحول وشريك ، رجل ومعدته المضطربة ، امرأة وصداعها المستمر – يخلقان توازناً بين القوى ، وإلّا تعذر استمرار العملية . والعَرَض إذن هو إشارة إلى عملية همّ أو معاناة أو هو علامة على هذه العملية . وهى عملية تساعد فى نفس الوقت على حفظ التوازن . ومهمة عملية العلاج النفسى هى المساعدة على إعادة ترتيب القوى فى عملية أعراض بحيث لا تصبح هناك حاجة للعَرَض . وبذلك يعمل عقل الإنسان للمحافظة على

ذاته فى بيئته . ويتحقق ذلك بواسطة كل النشاط السيكولوجى للإنسان بصرف النظر عن النقطتين المختارتين بالعملية السيكولوجية المعينة . ويشمل ذلك مجالاً ، قد يمتد من معدته إلى طعامه الخارجى ، أو بينه وبين شخص آخر ، بين عضو فى جسمه وعضو آخر ، أو بين جزءين فى بنيانه السيكولوجى . ذلك أن هناك عملية سيكولوجية واحدة ولكنها تظهر فى ميادين عديدة . وتسمى القوى الجاذبة والطاردة : الحاجة والإشباع . فالحاجة تجذب ، والاشباع يحيد أو يطرد . والحركة وهى غالباً صراع ، تسمى « الصراع فى سبيل التكامل » ، وهى فى نفس الوقت تمايز differentiation . وقد تختلف التسمية باختلاف الإطار ، ولكن تبقى الظاهرة واحدة لكل العمليات . ولكل شريك فى العملية السيكولوجية قواه الجاذبة والطاردة . ويتحدد مصير العملية بواسطة العلاقة بين هذه المؤثرات من الجانبين . وليس صحيحاً أن البحر فى عملية الجزر والمد سلبى يخضع لتأثير القمر ، فهو أيضاً نشط ، وربما بطريقة مختلفة . فليس هناك طرف سلبى فى العمليات سواء كانت العملية طبيعية أم سيكولوجية . ويتحدد مصير العملية بمجموع التأثيرات من الجانبين .

وفينمنولوجيا العمليات السيكولوجية قابلة للوصف فى ضوء الوعى awareness ، والخبرة experience . ويختار الوعى الطرفين الرئيسيين فى أى عملية سيكولوجية . والخبرة هى المصطلح المألوف للحدث happening . وتؤثر الخبرة فى الوعى التالى . وهكذا ، تنزلق العمليات السيكولوجية على عجلة : الوعى — الخبرة — الوعى .

الوعى : ينساب الوعى الصحى المتناسق دون انقطاع بين نقطتين ، كما أنه فى ذلك ، يتعدل باستمرار . ويتميز اضطراب الوعى بتلف فى الانسياب بين الداخل والخارج . وقد يتراوح مدى هذا الانسياب من التفكير الإنسانى ومراعاة مشاعر الآخرين إلى الانشغال الزائد الذى يسمى : الفصام ؛ أو قد يتراوح بين الانبساطية وبين ما يسمى « اضطراب الخلق الحاد » أى العجز عن الاستبطان أو توجيه الانتباه إلى الداخل . ولا يستخدم النموذج الجشتالتى مصطلحى : الشعور واللاشعور ، ولكنه يتصور بدلاً من ذلك الوعى فى ضوء « الوعى الذكى » و « الوعى السيكولوجى » . وكل منهما يمكن أن يكون شعورياً . والوعى الذكى هو ظاهرة غالباً . ففى اللحظة التى نكون فيها واعين والتى يمكن

فيها أن نصف ما نحن عليه ، فإننا لسنا كذلك على الإطلاق . أى أننا فى مرحلة انتقالية ، نقطة فى متصل . ولكى نصف فى وعى وفى وضوح ما نحن ، فإن ذلك يكون على أحسن تقدير وصفاً لما كنا عليه منذ لحظة . وما نحن عليه هو وصف وخبرة الوعى ، وهو ليس تماماً الخبرة نفسها . فليس للخبرة وعى ، ولكن يتبعها الوعى ، ويعيش الوعى الذكى بين نقطتين . ونحن يمكن أن نعى « هنا » here إذا ما وجد « هناك » there . ولكى نعى اللحظة الحاضرة ، يتعين أن نعرف اللحظة السابقة واللحظة التالية ، ولا يمكن إلّا أن نستنتج شيئاً عن اللحظة التالية . وفى أحسن الأحوال ، لا نستطيع أكثر من التخمين فيما يتعلق باللحظة المباشرة . ويمكن أن تؤثر الخبرة الحقيقية باللحظة التالية ، فى وعينا الذى يستحيل التنبؤ به ، ذلك أنه إذا لم يكن ذلك صحيحاً ، فلن يكون هناك ابتكارية ، لأنها تتوقف على قدرة الشخص على التغير باللحظة التالية . فالوعى الذاتى إذن لا يمكن أبداً أن يكون معاصراً تماماً ، حيث أن معلومات جديدة تأتينا حتى فى الوقت الذى نقر فيه بالحاضر الفائت .

والمناقشة السابقة ليست أمراً نظرياً أو أكاديمياً غير ذى دلالة ، ذلك أن السلوك وما يرتبط به من وعى يقوم على أساس التوقعات المستقبلية المبنية على أساس خبرة الماضى وحاجة الحاضر . وفى غيبة الاشباع تقع التغيرات إلى ما وراء الوعى البسيط بالإكمال . فمثلاً ، يجوع الطفل ، فيبكى ، فيطعم . ووعيه العضوى المباشر هو إشباع مَعِدى ، إلّا أنه تكمن وراء هذه الظاهرة عاقبة أخرى هى ظاهرة النمو ، وهو ما يصبح واضحاً بعد ذلك ، وهو جزء من الحاضر أيضاً . ويمكن أن نتعلم من الملاحظة وأن نستنتج أن التغذية التالية سوف تعنى بعض النمو ، ولكن لا يمكن أن نستنتج تغيراً كلياً نوعياً لم يسبق أن عرفناه فنتوقع حدوثه . فمثلاً ، يحدث تغير فى المذاق نتيجة استمرار عملية التغذية . وحين نكتشف ذلك . يمكن أن نعرف الآن شيئاً عن النمو وتغيرات المذاق بوصفها جزءاً من حاضر الأكل ، ولكننا لازلنا لا نستطيع معرفة تغيرات المذاق الواقعة الآن ، ويتعين أن ننتظر لنعرفها . وأقرب ما يمكن أن نصل إليه لمعرفة الحاضر (now) هو أن نخلق جواً يشجع تلقائية الوعى السيكولوجى ، وهو جو نتنبأ عنه من حاضر لا يمكن أبداً معرفته معرفة مباشرة ، ولكننا نواصل كشفه باستمرار .

الوعي الذكي والوعي السيكوفيزيقي : هناك نزعة في علم النفس إلى إدماج الوعي الذكي والوعي السيكوفيزيقي أو العضوى ، كما أن هناك نزعة أكثر خطورة ، ولو أنها أقل شعبية إلى إنكار التزاوج بين الوعي الشعورى الذكي والوعي السيكوفيزيقي ، وهما مختلفان اختلافاً واضحاً ، ولكنهما غير قابلين للانفصال . وعند الولادة ، يكون الوعي موحداً . والمسئول عن انشقاق الوعي إلى النقطة التي يخبر بها نفس الحدث بطريقين مختلفين هما : عملية التحضير والقدرة على التصور . ويقول لنا كل من النوعين من الوعي : « نعم » و « لا » . إلّا أن الوعي الذكي لديه نزعة إلى استخدام الفهم لإعادة تشكيل الوعي بالخبرة . فمثلاً ، حين يعاقب الطفل بدنياً ، يقول الوعي السيكوفيزيقي « آى » ولكن سرعان ما يتعلم الوعي الذكي أن يقول : « إنني أفهم لماذا أعاقب ولذلك لا يزعجني أن أعاقب » . وقد لا يحس الفرد بالألم ، ولكن الوعي السيكوفيزيقي يصر على أن « الألم ألم : آى » . ويستجيب العلاج الجشتالتي للوعي السيكوفيزيقي المتسق ، ولكنه لا يحترم الوعي الذكي حين يعمل مستقلاً . وحين ينفصل النوعان من الوعي ، فإن المعالج الجشتالتي ينصت إلى الوعي الذكي بأذن ، بينما يبحث بالأذن الأخرى عن رسالة من الوعي السيكوفيزيقي . ويتمثل جزء من العلاج الجشتالتي في التنسيق بين الوعي الذكي والوعي السيكوفيزيقي حينما يتباعدان .

الشخصية

نظرية الشخصية :

يقسم نموذج العلاج الجشتالتي الشخصية الناشئة إلى ثلاث مراحل هي : الاجتماعية social ، والسيكوفيزيقية psychophysical ، والروحية spiritual . وتقع هذه الأجزء الثلاثة على متصل ، ولكنها تصنف فقط بقصد المناقشة . ويوجد كل من هذه الأجزاء الثلاثة في كل فرد منذ الولادة بوصفها إمكانات كامنة . وهي مثل صناديق ثلاثة يمكن أن يوضع واحد منها داخل الآخر . فالجزء الاجتماعي يمكن أن يوضع داخل الجزء السيكوفيزيقي ، ويمكن أن يوضع هذا الأخير بدوره داخل الجزء الروحي . وهي مراحل متتالية في نمو الشخصية .

فمثلاً ، حين تكتمل المرحلة السيكوفيزيقية ، فإنها تشمل فى مظاهرها مكوناً اجتماعياً ، وقد يميز السلوك بصورة مسيطرة فى أوقات الشدة والمعاناة . ويعيش الإنسان يومه متحركاً بدرجات متفاوتة . وعلى مدى يتفاوت بين كل هذه الجوانب الثلاثة . وتمثل مراحل النمو هذه الأبعاد الكامنة للوعي . وتبدأ المرحلة الاجتماعية بعد الولادة بفترة قصيرة ، وتتميز بوعى وانتباه للآخرين ، وبخاصة الوالدين . وهناك جانب فيزيقى ولكنه يستجيب عضوياً دون وعى أو شعور . وهذه هى فترة التفاعل الضرورى مع الآخرين ، ولذلك سميت بالمرحلة الاجتماعية . وهى التى يبدأ يتكون فيها لدى الوليد الوعى بالآخرين . والمرحلة الثانية : السيكوفيزيقية ، تتميز بوعى الشخص بذاته هو ، أو بشخصه هو ، ذلك أن الطفل يستجيب الآن للعالم استجابة سيكولوجية يتزايد فيها الوعى والتمايز . وفى هذه المرحلة التى يقضى فيها معظم الناس معظم حياتهم ، يتصور الإنسان الحضارات ويخلقها بما فى ذلك المحتويات المادية والميكانيكية . وفى المرحلة الأخيرة : الروحية ، يتخطى الإنسان وعيه بذاته بوصفه كياناً فى عالم مادى ، ويخبر وجوده بأسلوب آخر ، فيتغير وعيه مثلاً مما نسميه الاحساس الحسى sensory-sensing إلى الإحساس فوق الحسى extrasensory sensing . ومن النشاط الذهنى والفيزيقى والانفعالى ، يظهر الإنسان بوصفه شخصاً ملهماً sensitive-intuitive ويستجيب انتباهه إلى قوى لا توصف عادياً بالمصطلحات السيكولوجية لمرحلة النمو السيكوفيزيقى . ونظراً لأن هذه المرحلة تتجاوز الوعى الحسى المادى ، فإننا نجد القليل جداً مما كتب عنها . ولكن معظم الناس الذين يعيشون أساساً المرحلتين المبكرتين ، يعترفون بوجود هذه المرحلة الثالثة . وتوجد بذور هذا الوعى فى المرحلتين السابقتين . وكثيراً ما يحس الناس بنوع من الإلهام بهذه المرحلة الكامنة . ولسوء الحظ ، فإن الكثيرين نتيجة لعدم معرفتهم بالطريق الصعب للنمو الشخصى ، يحاولون القفز إلى هذه المرحلة باستخدام المؤسسات الدينية أو العقاقير ، ولكن كلا من هذين الطريقين يمكن أن يقوى اعتقاد الشخص بهذه المرحلة ، ولكنه لا يملك قوة خلقها (١٤ ، ص ٢٦٢) . ويتم الانتقال من مرحلة لأخرى عن طريق النمو الشخصى فى أعمق معانيه ، وليس عن طريق الوعى الذهنى أو الرغبة الشخصية ، ولكن يتحقق عن طريق إكمال مواجهة كل مرحلة من مراحل النمو مواجهة كاملة ، ومن الخبرة

العميقة بكل مرحلة ، واتباع المعرفة العضوية التى يكتسبها من هذه الخبرات . وعند اقتراب مجموعة من العمليات من الاكتمال ، فإن التكامل يوقظ المستوى التالى من الوعى . و « أن يكون » becoming هى عملية أن يكون الشخص ما هو ، وليست عملية كفاح « لأن يكون » .

وقد اسميت المرحلة الأولى : المرحلة الاجتماعية ، لأنها تتطلب التفاعل مع الآخرين ، لا بقصد النمو فقط ولكن بهدف البقاء . وتبدأ المرحلة الثانية تجد فى « الداخل » مصادر ، لا ملاجىء، بينما تتطلب المرحلة الأولى المصادر فى الآخرين . وتتوفر للمرحلة الثالثة مصادر داخلية مسأندة للذات توطدت دعائمها داخلياً وترتبط غالباً بإحساس من الاستمرارية مع الكون بعامة ، وهى تستمد عنوانها « الروحية » من هذه السمة الباثوجوثومنية . وتشكل المرحلة السيكوفيزيقية المعقل الذى يعمل فيه المعالج الجشتالتى . ولا يعنى ذلك تجاهل المرحلتين : الاجتماعية والروحية ، ولكنه يعنى أن المرحلة السيكوفيزيقية هى محور الاهتمام مع أكبر وعى ممكن فى نفس الوقت بالمراحل الثلاث . ويهتم العلاج الجشتالتى بتصورات الإنسان وانعكاساتها الفسيولوجية وتتميز المرحلة السيكوفيزيقية بوعى الإنسان بشخصه ، وهى توصف فى ضوء الشخصية ، وتقسم إلى ثلاثة مكونات هى : الذات self ، صورة الذات self image ، و « أن يكون » being .-وهى تمثل البنيان الثلاثى المسمى « الشخصية » .

البداية : يبدأ الكائن الإنسانى حياته كتلة من إمكانات متمايزة تنمو بسرعة ، فهى مجموعة من عمليات جنينية . وهذا المركب من العمليات الجشعة النامية هى التى نسميها « إنساناً » ونشاطه هو ما يسمى « وجوداً » أو « أن يكون » ، وجذوره عضوية ، وهو مجرد من الوعى إلى الداخل أو إلى الخارج : « أنا مقابل أنت » me versus you ، وخلال فترة وجوده ، فإن ذلك المركب يمتد إلى ما حوله مرات ومرات ويتعدل ، ويتعلم شيئاً عن الانفصال ، والفروق والارتباطات . وتسمى هذه العملية « المواءمة » adaptation . وقبل مضى عامين ، فإن الامتداد — التعلم يمزق وجوده هنا وهناك مما يخلق سلوكين إضافيين متمايزين ، وعند ما يبلغ ١٥ عاماً ، فإن نشاطه يتميز بثلاث « أناوات » متميزة "Three distinct I's" كل منها له طرقه وأيامه . فمثلاً ، يقول الشخص :

« أريد أن أشاهد التليفزيون الليلة ، ولكن يجب أن أكمل هذا التقرير ، لا أستطيع أن أقرر ماذا أفعل » . هناك « الأنا » اللعوب الذى يود أن يشاهد التليفزيون ، وهو ما يمكن أن نسميه « الذات » "self" ، وهناك « الأنا » المسئول الذى يريد أن يعمل ؛ وأخيراً هناك ما يبقى من « الأنا » الكائن أو الموجود فى هذا الموقع ، وهو مشغول بتردده . ويوضح هذا المثال كيف يظهر سطح الكيان اهتمامات وإمكانات مختلفة تماما . فحيث « كان » الكيان « يكون » الوجه الثلاثى للشخصية. وبسبب الطريقة التى نمت بها هذه الوجوه الثلاثة للشخصية : الكيان والذات وصورة الذات ، فإنها تقيم علاقات نامية ودائمة بينها .

المواءمة : يلعب الأطفال فى فناء المنزل ، وقد يسقط أحدهم على الأرض فيبكي ، ويتوقف الأطفال الآخرون عن اللعب ، ولكن سرعان ما يتوقف البكاء ويستأنف الأطفال اللعب . ويحدث ذلك مرات يتعذر عدها فى الطفولة ، ولن تنفصم شخصية أى من هؤلاء الأطفال نتيجة السقوط المتكرر ، ولن يصاب أحدهم بالعصاب إزاء الأرض التى تؤذيه إذا لم يكن حريصاً . وهكذا ، يواصل الطفل كيانه مع نمو التمايز والتقدير للحدود – حدود الأرض فى المثال السابق ، ودون أن تفصم شخصيته . وتلك هى عملية المواءمة الأولية التى توجد فى الطبيعة .

الإقرار أو الاعتراف : توفر الأرض الأم للطفل نوع الخبرة التى تسمح له باكتشاف الكون دون إيقاع الأذى بنمو شخصيته : ولكن لازال هناك الشيء الناقص : ذلك أنه لا يكتشف ذاته . وهو لذلك يحتاج إلى استجابة إضافية : إقرار شخصى أو اعتراف بشخصيته . فهو يقول لوالديه حين يلعب : « انظرا إلى » . وهو يعلم أنه يحب أن يعترف به . وهو حين يلعب الكرة مع والده لا يحتاج لأن يقول ذلك ، لأنه حينئذ يشعر أنه يعترف به ، وهو يَرى أنه يُرى ، وهو يخبر الشعور بأنه يُختبر . والوعى بالذات وتقدير الفرد لوجوده هما عواقب الاعتراف بالطفل . والطفل يتعلم الاعتراف بشخصيته أيضاً من الوالد الذى يطلبه لنفسه فى قوله مثلاً : « أريد » أو « لا تفعل » . وحين يقترن ذلك بخبرة الطفل بالاعتراف بشخصيته ، فإن ذلك يخلق لديه اهتماماً بالآخرين ، واعتباراً لهم (تعاطف) . والاعتراف الشخصى المُعطَى والمتقبَّل يهيئان الطفل دون إيذاء لنمو شخصيته .

وغالباً ما نخلط بين الإقرار والتأييد ، إلّا أن تأثير كل منهما هو على العكس تماماً من الآخر . فبينما يشجع الإقرار نمو الشخصية المتكاملة الواعية ، فإن التأييد يخلق انقساماً فى الشخصية وصراعاً بين مكونات الذات وصورة الذات . ويشجع الإقرار الطفل على أقامة معاييره الذاتية القائمة ببساطة على أساس « من هو ؟ » ، بينما يوحى التأييد بمعايير من خارج الطفل تشجع على أن يقيم نفسه فى ضوئها . والنتيجة هى أن الطفل الذى يجد التأييد مضطر إلى أن يقسم ذاته بين ما هو عليه وبين ما هو مفروض أن يكون عليه . ويتعلم الطفل بالتدريج السلوك الذى يمثل جزءاً منه بدلاً من أن يُنّمِى وأن يُعّدِل وأن يسلك المسلك الذى هو عليه . وهو بذلك يتعلم أن هناك اختياراً بين « أن يكون » وبين « أن يكون شيئاً ما » . هذا الانفصام فى الشخصية قد نسميه : مواءمة سيكولوجية ثانوية . ولا تتطلب هذه العملية خبرات درامية سلبية ، ويمكن أن تتم فى هدوء وفى إيجابية ، كما يمكن أن تتم بنفس الفعالية باستخدام أى من طرفى العصا : إلتأييد أو عدم التأييد . فمثلاً ، حين يقول الطفل : « انظر إلىَّ وأنا أنزلق على حافة السلالم » فإن ذلك يمثل طلباً للإقرار أو الاعتراف . وهو غالباً ما يتحول إلى معاناة الطفل حين يواجه طلبه بالخطر . وكل ما كان مطلوباً من الوالد هو أن يقول : « لا بأس » أو « ليس الآن فأنا مشغول » . ولكن الوالد لسوء الحظ ، يراقب ابنه فى معظم الأحوال ويقول : « لقد كان ذلك رائعاً » . وسرعان ما يتعلم الطفل أن يسأل : « ألم يكن ذلك رائعاً ؟ » . فهو يتعلم أن يخلط بين الإقرار والتأييد . وقد يكون الإقرار الوالدى البسيط المطلوب فى مثل هذا الموقف أن يراقب ابنه وأن يستجيب بابتسامة صامتة أو ربما أن يقول : « لقد سرنى أن أشاهدك » .

وفى إطار العلاج الجشتالتى (١٤ ، ص ٢٦٤) فإن علم النفس قد بالغ فى اهتمامه بعدم التأييد ، وبأن ينسب إليه وإلى التأديب اضطرابات الشخصية لدى الكبار . ومما لا شك فيه أن عدم التأييد يسبب مشكلات ، ولكن التأييد أيضاً يسبب المشكلات . والمهم هو نظام التأييد أو عدم التأييد ، فذلك هو الذى يسبب انفصام الشخصية ، بينما يحدد الطراز أو الأسلوب شكل اضطراب الشخصية فقط . ولكى يصمد الطفل بوصفه كائناً إنسانياً يتعين أن يعترف به . فإذا لم يستطع أن يجد الإقرار والاعتراف ، فإنه يتعين أن يقنع بالتأييد ، وهو ما يتضمن إقراراً جزئياً على الأقل بجزء منه . فإذا تعين أن يختار ، فإن الطفل يختار

أن يعدل وجوده هو ، وأن يضحى بجزء لكى يبقى على الكل ، وليخلق واجهة اجتماعية مقبولة – صورة ذاته – بدلاً من أن يواجه الإبادة السيكولوجية . وإذا لم يجد الطفل التأييد من والده ، فإنه لن يسعى لذلك ، ولكنه بالرغم من ذلك يجمع فى نموه ، عدداً متزايداً من البثور من مختلف الأحجام والأشكال . والكثير منها قابل للعلاج ، أى يمكن إعادتها إلى حالة من الكينونة أو الوجود .

البثور : الأجزاء التى يحضرها المريض للعلاج هى أجزاء مصابة بالبثور والانقسام والتفكك والصراع وعدم التكامل . والصراع وحده لا يكشف بالضرورة عن سلوك يمكن وصفه بأنه مرض له أعراض . وتقيم الجوانب الجريحة المتصارعة فى الشخصية غالباً علاقات عمل وتكون ما يسمى عادة « خلق » character ، وهذه هى السمات الثابتة غالباً ، والتى تشكل الطراز الخاص للشخص . وحين يعوق الصراع الأداء الاجتماعى بصورة خطيرة أو بصورة تضايق الآخرين فإنه يسمى « عَرَض » . وأحياناً حين يضيق الفرد بسلوكه ، فإنه يطلب المساعدة ، وأحياناً أخرى ، فإن الأصدقاء والأقارب ومؤسسات الرعاية والمدارس قد تدفع الفرد إلى طلب العلاج . وحين يطلب الفرد العلاج من تلقاء ذاته ، فإنه يكون مدفوعاً بواحدة من القوى المركزية المتصارعة فى الذات أو صورة الذات . ولا يحضر المريض ليشفى ولكن ليتعلم كيف يكافح بصورة أكثر نجاحاً .

تنوع المفاهيم :

يشير تغير مفاهيم الإنسان عن ذاته إلى اكتسابه الثقة فى الذات ، وأنه أقوى عزماً على أن يتحمل مسئوليته عن مصيره . وقد بدأ علم النفس مسيرته فى مرحلة متأخرة من تاريخ الإنسان ، وبدأ يلوم القمر والأرواح الشريرة والشياطين والكثير غيرهم من الظواهر خارج ذاته ، بدأ يلومها على ما يواجهه من أزمات شخصية . وحين بلغ علم النفس مرحلة البلوغ ، انتقلت المسئولية عن سلوك الإنسان إلى داخله ، متمثلة فى الغرائز واللاشعور ، ولكن كانت هذه القوى لا تزال خارج نطاق سيطرة الإنسان فى نظر علم النفس ، إلّا أن الإنسان ذعر نتيجة معرفته ، فعاد يلوم المؤسسات الاجتماعية هذه المرة : القومية والعنصرية والفروق الحضارية

والمؤثرات البيئوية والقيم الاجتماعية والتصنيع والسياسة ، إلخ .. ومما لا شك فيه أن هذه الظواهر تحد غالباً من تنمية الإنسان ، ولكن مكمن الخطر هو فى إلقاء المسئولية بعيداً عن الذات وذلك حين ننظر إلى هذه المؤسسات ، وهى من صنع الإنسان ، كما لو كانت مستقلة عنه ، وهى فى الحقيقة امتدادات شخصية لإمكاناتنا الفردية خيراً كانت أم شراً .

وهكذا تحرك علم النفس من لوم الأرواح والشياطين إلى لوم الغرائز والآباء ، وهو اليوم يحمل سلوك الإنسان المسئولية الأكبر عن نتاج وجوده فى مواجهة . ومن الواضح أن الإنسانية قد بلغت الرشد على الأقل تصورياً . ولكن الإنسان لم يصل بعد . فلا زال هناك من يبحث عن قوى خارج ذاته كى يلومها لفشل الإنسانية فى أن تحقق على الأقل تواجداً سلمياً فى الجنس الإنسانى ، ويحتمل أن هؤلاء يشكلون الأغلبية . ولكن بالرغم من ذلك ، فإن لوم الإنسان لمؤسساته الاجتماعية ، وهى من صنعه ، خطوة فى الطريق الصحيح ، طريق تحمل المسئولية الذاتية .

والخلاصة ، أن علم النفس قد اكتسب مزيداً من الثقة فأصبح المعالج النفسى يتحمل مسئولية أكبر عن ذاته ويطلب نفس الشىء عن عميله ، ولم يعد المرض العقلى وصمة اجتماعية ، ولم تعد الغرائز ومتاعب الطفولة واللاشعور وغيرها من القوى وسيلة لتبرير السلوك الفاشل (١٤ ، ص ٢٦٦) .

العلاج النفسى الجشتالتى

نظرية العلاج النفسى :

يشبه كمبلر (١٤ ، ص ٢٦٦) موقف العلاج النفسى بالذى يجتمع فيه معالج ومريض بموقف اجتماع مايسترو ومؤلف (المعالج) وموسيقار متمرس (المريض) ، فهما يشكلان معاً عملية خلاقة هدفها التنسيق بين سلوك كل منهما . ويبدأ المايسترو العمل على أساس افتراض أن عميله الموسيقار يمكن أن يلعب أى نوتة . وهو إذا استطاع أيضاً استخدام مواهب الموسيقار ، فإنهما سوف يخلقان بسرعة اغنيات جديدة . ويأتى الموسيقاز إلى العلاج بأحسن

النوايا ، وهو يريد أن يستجيب ، فهو أيضاً يسعى إلى الاستثارة ولكنه خائف . وهو يعلم أنه يعانى من نقاط ضعف وعدم كفاءة ، ولكن بالرغم من أن كلا منهما يعلم هذه الحقيقة ، إلا أن المريض لا زال يخشى الكشف عن نقاط الضعف ، وتؤدى محاولاته فى هذا الصدد إلى إبطاء عملية العلاج .

وللمعالج أيضاً نقاط ضعف يرغب فى إخفائها ، ولكن قدرته على الكشف عنها والاستجابة بها هى التى تشكل نبوغه الخلاق . وهو يعتقد أحياناً كما يعتقد عميله ، أن قدرته الخلاقة تكمن فى ألفته المعصومة من الخطأ ، بما يجرى . وفى كل مرة يتقابل المعالج والمريض ، فإن نقطة البداية لهما تكون واحدة ، ولكن كلا منهما سوف يكون مختلفاً . وتزيد ألفتهم المتزايدة من هذه التحديات التى يواجهانها . وتتغير توقعات كل منهما من الآخر ، كما تتغير الأصوات المستحدثة . وفى هذا الموقف ، فإن الألفة تولد كشفاً متزايداً عن الذات واعترافات بنقاط ضعف وإثبات لصحتها . وتصاحب هذه الاكتشافات مشاعر بالبهجة وبالحزن ، لأن كل خلق يصاحبه فقدان يتمثل فى تجاوز الاهتمامات والعادات القديمة . كما أنهما يقتربان من نهاية العلاقة الخلاقة . إلا أن المريض يستشعر الرضا لأنه يدرك أن باستطاعته أن يكون مايسترو لذاته وأن يلعب الموسيقى مع الآخرين ، كما أن المايسترو يضيف مهارات إلى قدرته على خلق موسيقى مع آخرين .

وترجمة ما سبق فى إطار العمليات ، أن العلاج النفسى يمكن وصفه بأنه عملية تخلق بقصد التأثير فى عمليات الأعراض السيكولوجية . وفى العلاج الجشتالتى ، فإن كل الأعراض ينظر إليها بوصفها إشارات لعملية معاناة ، ومهمة المعالج الجشتالتى هى أن يجمع بين الطرفين بحيث يمكن للقوى الجاذبة والطاردة لكل منهما أن تحدث تأثيرها الكامل . ويترك مصير العملية إلى الخبرات التى تخلقها هذه القوى . وقوى الطرد والجذب أو الحب والكراهية ليست ثابتة أو دائمة . والكشف عن الذات ، والتعبير الكامل عن المشاعر والأفكار الإيجابية والسلبية يحرر الفرد من قيد التعبير المحبوس . وقد يكون العنصران المستقطبان والمتصارعان فى عملية الأعراض داخل فرد واحد أو بين شخصين .

ويعقب هذا التعبير بزوغ الاهتمام البسيط والخالص والأساسى بالشخص الآخر ، ويحدد مصير العلاقة فى هذه اللحظة . وتشمل الأسس التى تستخدم

لتحقيق ذلك : التركيز على التفاعل الحاضر بوصفه نقطة البداية لكل نشاط علاجى ، كما تشمل المشاركة الشخصية الكاملة من جانب المعالج الذى يقدر أنه دائماً قطب واحد فى المجال الأوسع لعملية العلاج النفسى . ولا يستخدم العلاج الجشتالتى « اللافتات » التشخيصية ، بل إنه يعتبر التشخيص هروباً من المشاركة فى عملية : المريض – المعالج ، واعترافاً بأن المعالج لا يستطيع المشاركة الكاملة فى هذه العملية . وشعور المعالج بالإحباط مع عميله يتعين أن يدفعه إلى الغوص فى أعماق طبيعة هذا الإحباط ، وإلى أن يكشف بعد ذلك عن هذا الإحباط للشخص الآخر . ويسعى العلاج الجشتالتى الخبروى إلى خلق الخبرات التى تزيد فى مدى الوعى ، والتى تسمح للعدد اللانهائى من العمليات والتى هى الإنسان ، بأن تجد طريقها إلى عمليات جديدة .

عملية العلاج النفسى :

تبدأ عملية العلاج النفسى مثلها مثل كل العمليات الأخرى بنقطتين : الأولى هى المبادأة بالعملية وهى العَرَض ، والثانية هى شخص خاص يختار بقصد التحدى للعرض ويسمى المعالج . والهدف هو هدف كل العمليات أى إنتهاء العملية باختفاء العَرَض ، والمعالج والعلاقة بينهما ، وما يتبع ذلك من خلق عمليات جديدة أكثر إشباعاً .

وعملية العلاج النفسى هى ثلاث عمليات فى واحدة : الأولى هى عملية العلاج نفسها ، أى العلاقة بين معالج ومريض ، والثانية هى العملية داخل المريض نفسه ومؤشرها هو العَرَض ، والثالثة هى العملية داخل المعالج الذى يستجيب لعملية العَرَض لدى العميل . وبالطبع ، هناك عمليات أخرى عديدة ولكنها تخدم فى موقف العلاج النفسى هذه العمليات الثلاث . وعملية العلاقة بين المريض والمعالج هى العملية المركزية ، حيث أن نوعية هذه العلاقة هى التى تحدد فى النهاية ما يحدث لكل منهما ، كما أنها هى العملية الوحيدة التى لا يمكن أن تكون غائبة . ويمكن أن يبدأ تنشيط عملية العلاج من أى موضوع ، ولكنه يبدأ عادة من العَرَض أو قريباً منه ، فيعبر المريض عن رغبته فى التخلص من العَرَض الذى يعانى منه ، فإذا لم يحدث ذلك تلقائياً من جانب المريض ، فإن المعالج يبدأ ذلك عادة .

ويقدم العرض دائماً بوصفه عملية استقطاب غير متوافقة ، مثل القول : « أشعر بألم فى الرأس » أو « ابنى يواجه مشكلات فى المدرسة » أو « يسىء زوجى معاملتى » أو « لا أستطيع الامتناع عن تعاطى الكحول » أو « يصر المسئولون فى المنطقة التى أعمل فيها على أن أحضر إلى هنا » أو « أشعر بقلق مخيف » ، إلخ . ومهما كان نوع العَرَض ، فإن له خصائص عديدة واضحة . فهناك دائماً جزءان متصارعان ، يقدم أحدهما على أنه ضحية للآخر ، وتقدم الضحية دائماً على أنها العميل ذاته .

ويظهر المعالج فى البداية بوصفه عملية متكاملة ، فهو مستعد لمساعدة العميل دون تحفظ . ونظراً لأنه لا يحتاج إلى اهتمام بشخصه ، فإن اهتمامه يتجه كلية إلى عملية المريض . وهو يركز على القطبين المتصارعين ، ويحاول خلق حوار بينهما : وهدفه هو مساعدة العميل على التحرر من العَرَض وتحقيق الانسجام . وهو يراقب الموقف بدقة ، ويتحرك دائماً نحو العملية المعينة التى يعتقد أنها تشكل العقبة الرئيسية والتى تتناسب معها كل العمليات الأخرى المتصارعة بصرف النظر عن العَرَض الأول أو نقطة البداية . وهو فى ذلك يستخدم كل مهاراته الشخصية والعلاجية لكى يحقق توازناً بين كل الأجزاء بحيث يندمج العنصران أو يختفيان فى واقع جديد .

وتنشأ الأعراض وتبقى بفعل جزء من الشخصية يرفض قبول جزء آخر . ويتحقق العلاج فقط حين يقدر كل جزء الجزء الآخر بالدرجة التى يختفى معها الصراع بينهما . وطالما أن المعالج لا يعانى من صراع داخلى ، فإن مهمته تقتصر على إقناع مريضه بمواجهة عناصره المتصارعة . وهو يستعين فى ذلك بأنواع من المهارات هى القدرة على معرفة العناصر المتصارعة ، والمهارة فى إشغال هذه العناصر فى مواجهة ، وإقناع المريض بمواجهة ذاته أو بمواجهة من يراه عنصراً مضاداً (مثل الوالد أو الحبيب أو المنظمة أو أحياناً المعالج) يتطلب أعلى مستويات المهارة الشخصية والمهنية . بينما تسمى القوة الشخصية الكلية للعميل فى تحريك العلاج بأسماء مختلفة مثل : الثقة ، الصدق ، الإلهام ، إلخ ..

ورغم أن الكشف عن القطبية فى تقديم العَرَض بسيط نسبياً ، إلّا أن الشكوى الأولى تكون أحياناً غامضة . وحينئذ يكون من الضرورى متابعتها

لتحديدها . وفى سبيل ذلك ، يتبع المعالج قاعدتين أساسيتين : الانتقال من العام إلى الخاص ؛ ومن الماضى أو المستقبل للحاضر . فمثلاً ، إذا اشتكت سيدة أنها كانت قلقة طول حياتها ، فإنه لا بد من البحث عن موقف الصراع الذى زاد من حدة القلق فى الوقت الحاضر . وقد يؤدى الحوار إلى أن تذكر السيدة أن ذلك القلق قد يرتبط بعملها الجديد . وقد يتصل الحوار فيكشف عن أن الأمر يرتبط برئيسها . وحينئذ قد يتساءل المعالج عما إذا كانت قد ناقشت الأمر مع رئيسها ، فترد أنها لن تفعل ذلك أبداً ، لأنه سوف يفصلها من العمل إن فعلت . وهنا قد يقدر المعالج أن ذلك نوع من الإسقاط ، فهى الضحية الرئيسية والرئيس هو القاهر المتسلط . وحينئذ قد يلجأ المعالج إلى التخييل بوصفه ميكانيزما يعتمد على المسافة ، فيسأل : « لو تأكدت من أنه لن يفصلك فماذا تقولين ؟ » ، بل إن المعالج قد يستعين بمشاعر الطرح الإيجابى ، فيقول : « لنفرض أنني كنت معك .. ؟ » وبالطبع ، كلما كان الخيال أقرب إلى الواقع ، كلما نقصت المسافة . وقد تجيب المريضة على تساؤل المعالج بقولها : « سوف أذكر له أنه يخيفنى » ، فيرد المعالج : « وهل مثل هذا القول يؤدى إلى فصلك من العمل ؟ » فتجيب مثلاً : « لا ، ولكن ربما فعل ذلك » . وحينئذ قد يقول المعالج أن ذلك يبدو له أمراً غير معقول ، وأنه يعتقد أنها لا تقصد ذلك جدياً .. وهكذا ، قد ينتقل الاستقطاب من : المريضة إلى الرئيس إلى المريضة (بشكوكها) والمعالج .. ويستمر هذا الأخير فى محاولاته بقصد التوصل إلى الصراع الأكبر .

وفى النموذج الجشتالتى الخبروى ، تكون عملية الصراع جزءاً نشطاً من العلاج ، فلا يقتصر دور المعالج على مجرد توجيه الأسئلة أو تقديم الاقتراحات والتفسيرات . وقد ينتقل دور المعالج من دقيقة إلى أخرى من مجرد تقديم اقتراح إلى الصراخ أو البكاء أو التعبير عن شعوره بالحرج لعدم معرفته كيف يتقدم من هذه النقطة . وليس التعرف على قطبى الصراع لدى المريض أكثر أهمية من تعبير المعالج للمريض عن رأيه فيه أو التعبير عن خوفه من التعبير عن هذا الرأى . ولكى يبقى الطريق مفتوحاً بين المعالج والمريض ، فإنه يتعين على المعالج أن ينفتح على المريض الذى حضر إلى العلاج كى يتعلم كيف يعيش مع الناس دون إيذائهم ودون إيذاء نفسه . والسبيل إلى ذلك هو التعبير الشخصى الكامل . ولا يعنى ذلك تزايد حجم الغضب ، ولكنه يعنى رسالات كاملة مثل : « هناك شىء فيك لا أطيقه ،

ولكن يصعب على أن أقول لك ذلك لأننى أخشى من رد الفعل » ، ثم ينتظر ليرى إذا كان من الممكن محاولة الاستمرار ، وقد يذكر له ما يقف عائقاً بينهما . ذلك أن مسئولية المعالج هى أن يعيش هذه المسئولية ، وليس مجرد استخدامها مادة للوعظ عن طريق تفسير سلوك الشخص الآخر . ولا يعنى التعبير الشخصى الكامل أن يقول المعالج كل ما يخطر بباله ، ولكنه يعنى ذكر ما له قيمة أو ما يمكن أن ينقص من قدرته على المشاركة إذا ما تحجبه .

ميكانيزمات العلاج النفسى الجشتالتى :

العلاج النفسى عملية دائرية الشكل . مثله مثل كل العمليات الأخرى . وميكانيزم العلاج النفسى هو تدوير كائن إنسانى من خلال كائن آخر . وينطبق ذلك على المريض الذى فقد تكامله ويحتاج إلى استرداد هذا التكامل ، كما ينطبق على الطفل السوى الذى يحتاج إلى شخص آخر كى يرعى عملية نموه . وينبئنا سلوك العَرَض بأن هناك عملية داخلية تعوق الأداء الوظيفى المتكامل . ويعنى ذلك سيكولوجياً أن هناك أجزاء لدى الشخص غير مقبولة من أجزاء أخرى منه . ولكى تستعيد العملية سريانها ، يتعين أن يتقابل هذان الجزءان المتصارعان ، وأن يقبل كل منهما الآخر . ولكن هذا القبول لا يعنى نقطة النهاية ، ذلك أن العمليات التى تتقابل وتتصل تنتهى ، ولكنها تحدث عملية جديدة . أى فرداً جديداً له وجهة جديدة . ومهما كان الاسم المستخدم لوصف كيف وصل الشخص إلى حالة الصراع : شعور بالذنب ، شعور بالعيب ، كبت ، إنكار ، إلخ .. فإن الطريق واحد ، وهو إعادة التكامل عن طريق تدوير الشخص من خلال آخر . وتتطلب إعادة التكامل ، كما سبق أن أوضحنا إعادة الاعتراف والتقدير إلى مكانه الصحيح والتخلص من عملية التأييد — عدم التأييد ، ولكى يتحقق التكامل الكلى ، يتعين على المعالج أن يحبط كلا من التأييد وعدم التأييد . ولكن نظراً لأن عمليات المريض يعوقها جانب عدم التأييد ، فإن ذلك يكون غالباً نقطة البداية فى العلاج . وحين يقضى على عنصر عدم التأييد ، فإن المقابل له : التأييد ، يفقد دلالته . وحينئذ يجد الاعتراف أو التقدير طريقه بوصفه العامل المطلوب فى العلاقة ، ويتعين على المريض أن يجد شخصاً يمنحه قوة التقدير وإصدار الحكم . أى الشخص الذى يمكن أن يمنحه الثقة المطلوبة لإعادة

فحصه ، فهو يعيش فى خوف من أن تؤدى إعادة الفحص إلى التعرض لخطر عدم التأييد مرة أخرى . وتتولد الثقة عن طريق معالج يكشف عن ذاته بوصفه أيضاً محتاجاً إلى التقدير والاعتراف به ، والصورة المألوفة للمعالج بوصفه مانحاً للعطف والتأييد تولد فى خيال المريض أن عدم التأييد خطر ، ويكشف عن رغبة المعالج الكامنة فى الحصول على التأييد ، وإذا قدر المعالج أن مريضه يتسم بقدر من التحمل ، فأنه لا يتردد فى أن يوجه إليه القول مثلاً : « إننى لا أطيق هذا السكوت من جانبك ، إنك مستحيل » فإذا أجاب العميل مثلاً بقوله : « أنا آسف » فقد ينفجر المعالج ويقول مثلاً : « هذا هو كل ما أسمعه منك . آسف ، لا شيء غير آسف . إننى أحتاج إلى أكثر من ذلك بكثير مقابل جهودى » وقد يحس المعالج بعد هذا القول بالراحة فيقول : « أشعر الآن بأننى أحسن . كيف حالك ؟ » فإذا أجاب العميل : « سيء جداً ، لم أحب ما قلته » وحينئذ يجيب المعالج : « هذا من سوء الحظ أننى أشعر بشعور طيب » (١٤ ، ص ٢٧٢) .

وتتحقق الثقة عن طريق حاجة المعالج إلى التعبير ، وعن طريق ضربه المثل للخروج من متاهة التأييد – عدم التأييد ، وذلك عن طريق مغامرته بفقدان تأييد المريض . وعن طريق تشجيع المعالج الماهر ، يتعين أن يكشف المريض عن ذاته وأن يدير عناصره المخبوءة وغير المقبولة من خلال اعتراف وتقدير المعالج . وفى هذا المناخ ، فإن صراع التأييد – عدم التأييد ، يعاد تنشيطه وتبدأ عملية إعادة التفاوض ، وتخبو الأعراض فى اللحظة التى يبدأ فيها التنشيط . ومن المحتمل أن تعاود الأعراض الظهور إذا لم تتابع العملية بجو الاكتمال بواسطة اعتراف المريض بذاته محل التأييد – عدم التأييد ، ذلك أنه بدون هذا الاكتمال ، فإن هناك خطر استخدام المريض لاعتراف المعالج بوصفه عملية تأييد ، وهى ظاهرة تكون محل مراقبة المعالج ، وهو يحبطها حين لا يحتاج هو إلى لعب مباراة التأييد – عدم التأييد . وإعادة التفاوض هو الميكانيزم اللازم لإنهاء عمليات التأييد – عدم التأييد . وبإشراف المعالج ، فإن العنصرين فى عملية التأييد – عدم التأييد ، يلتقيان ويكشف كل منهما عن نفسه للآخر : احباط كل منهما للآخر ورغبتهما فى التصالح . وكذلك يفاوض بشأن كل تفصيل صغير وغير هام بحيث يعبر عنه ثم يختفى .

ويسمى الميكانيزم العلاجى فى العلاج « عملية إثبات الصدق » validation ، ولكنها ليست كذلك تماماً ، كما أنها ليست عملية اعتراف بالرغم من أن الميكانيزم العلاجى يتوفر لديه العنصران . وربما كانت هذه العناصر هى التى تمد أكثر من غيرها العلاج بالقوة . والميكانيزم الأساسى هو خلق مجال يمكن فيه للشخص أن يظهر ذاته لشخص آخر كى يستطيع أن يجد ذاته . والأب الأمثل هو شخص شفاف يمكن للطفل أن يمر من خلاله ، وأن يحصل على الاعتراف به ، وهو ينمو دون تعويق كبير بعمليات التأييد ه عدم التأييد الوالدية . وكذلك ، فإن المعالج الأمثل هو الذى يتوفر لديه الاعتراف بذاته ، أو هو الذى استعاد الاعتراف بذاته فى المجالات التى تتفق وحاجة العميل إلى أن يستبدل عدم التأييد القديم بتقدير للذات جديد (١٤ ، ص ٢٧٣) .

التطبيقـــات

الموقف العلاجى : أفضل المواقف هو الموقف المريح ، أى الموقف الذى يهيىء أفضل الفرص للأشخاص كى يخبروا أنفسهم فى علاقاتهم بعضهم بالبعض الآخر دون إزعاج أو تشتيت ، سواء كان ذلك فى مكتب أو منزل أو مصحة . ويجب أن تكون التجهيزات الفيزيقية ملائمة لمناخ غير رسمى خالٍ من التكلف . وقد يكون المنزل والتعامل مع العائلة فيه أفضل المواقف ، ولكنه ليس عملياً نتيجة ضغط الوقت والتكلفة ، مما يجعل الموقف المناسب هو مركز رئيسى يعده ويختاره المعالج . ويصور كمبلر (١٤، ص ٢٧٧) الجلسات فى فيلم لعرضه على تلامذته بقصد تدريبهم وليس بقصد عرضه على أفراد العائلة لأنه يرى أن الخبرة الشخصية باللحظة أفضل من استعراض اللحظة الماضية .

اللغة : لا يستخدم المعالج الجشتالتى لغة خاصة ، ولكنه يتجنب استخدام المصطلحات السيكولوجية ، ويشجع كل فرد على استخدام اللغة العادية . إلّا أن المعالج يتساءل عن التعبيرات التى لا تفيد فى الاتصالات مثل الاستخدام المتكرر لمصطلحات ومنها « أنا آسف » أو « أرجو أن تسامحنى إذا قلت .. » بل يشجع العميل على التعبير الصريح المباشر دون حاجة إلى اعتذار ، وكذلك لا تشجع العبارات التى تهدف إلى إعطاء انطباع أكثر مما تهدف إلى التعبير .

المقابلات الأولى : يعتبر الاختبار السيكولوجى واستخدام الأجهزة أمراً ينحرف بالعملية عن مسارها الطبيعى . ويفضل المعالج الجشتالتى أن ينظر للمريض أمامه بدلاً من أن يراه من خلال أداة تفسيرية .

الأعراض الفيزيقية : يعتقد كمبلر أننا نخلق بأنفسنا العمليات المرضية الفيزيقية بوصفها جزءاً من الموامة اللاسوية . ولذلك فهو يعالج كل الأعراض الفيزيقية كما يعالج الأعراض النفسية باستثناء واحد ، هو التوصية بضرورة إجراء فحص طبى لكل الأعراض الفيزيقية حتى يمكن للمريض أن يعلم بموقفه طبياً ، وأن يتحمل مسئوليته الكاملة عما يختار عمله . وهو بالطبع لا يشارك فى جوانب التشخيص الفيزيقى أو العلاج الطبى . فإذا كان المريض يعانى من باثولوجية بدنية يمكن علاجها ، فإنه يوصى باتباع الرعاية الطبية أو الجراحية الضرورية . ولا يفرض كمبلر رأيه على المريض بخصوص المرض الفيزيقى فليس ذلك ضرورياً لعمله (١٤ ، ص ٢٧٨) .

لعب الأدوار : يعترض كمبلر على لعب الأدوار ، فى ضوء مسلمة هى أن المرضى يعانون من أعراض عن طريق معايشة حياة مزدوجة . وأى انحراف عن الكشف الذاتى الأصيل يكون مضاداً للعلاج . ويتعين أن تعتمد هوية كل من المعالج والمريض على من هما ، وليس ما هما ، أو ما يفترض أن يكونا عليه . ولا يلعب كمبلر دور الطبيب ، ولكنه يذكر أنه أحياناً يلعب دوراً ، فمثلاً ، لعب مرة دور والد زميل ، فقد شعر أنه لا يزيف شيئاً بهذا اللعب للدور . وحين وصف الزميل علاقته مع والده ، شعر كمبلر أنه عرف حقيقة ما أراد الوالد أن يقوله : وسمح لنفسه بأن يلعب هذا الدور وهو صوت لم يسمعه زميله وصديقه قبل ذلك . ويفضل كمبلر دائماً أن يكشف عن ذاته ، وهو يقرر أن ذلك من أصعب الأمور لأنه يتغير من يوم ليوم ، ولأن الكشف عن الذات يؤدى إلى وعى جديد بالذات ، فما يقوله اليوم لا يمكن أن يقوله فى الغد .

المقاومة : لا يعترف فى العلاج الجشتالتى بوجود ما يسمى مقاومة المريض . ولكن هناك فقط نقص فى نمو المعالج أو نقص فى ألفته بما يقابله لدى الآخرين . ويلجأ المعالج الجشتالتى إلى التجريب فى علاقة العمل حين لا يعرف ما يفعله ، أو يطلب المساعدة من مريضه . ومفهوم مقاومة المريض له عواقب

خطيرة على كل من المريض وبقدر أسوأ على المعالج لأنه يغريه بالراحة فى الوقت الذى تتوفر لديه دعوة شخصية للنمو .

الكراهية : الكراهية المعبر عنها بدقة تخبو عادة . فإذا لم يحدث ذلك ، ولم يجد المعالج شيئاً آخر يقوله عنها ، فإنه ينتقل إلى شىء آخر ، وهو يذكرها مرة أخرى فقط حين تقف فى طريقه .

المشكلات : لكى يقع العلاج ، يتعين أن يحضر المريض طلباً للعلاج ، وأن يتوفر له قدر من الدافع ، وأن يكون مستعداً للمثابرة لفترة على الأقل . وحتى إذا أرغم المريض على الالتحاق بمستشفى فإنه هناك ، وهو صالح للعلاج . وفى إطار العلاج الجشتالتى لا يوجد شىء اسمه « مشكلات المريض » فقد يكون لدى المريض ما يسميه مشكلاته ، وقد يكون لدى المعالج أيضاً ما يسميه مشكلاته ، وهى مشكلات تتغير باستمرار . ويعى المعالج تجدد مشكلاته ، ويغريه أن يتحدث عنها بوصفها قضايا مهنية ، مثل : المريض الباكى والمريض المهدد والمريض النازع إلى الانتحار ، إلخ . ولكنها ليست مشكلاته . والمشكلات التى يواجهها المعالج تحدث حين يقدم شخص نفسه إليه ويكون المعالج عاجزاً عن الاستجابة له بسلوك متناسق . ولكن حتى ذلك ليس مشكلة إذا كان المعالج قادراً على أن يعترف صراحة بعجزه وأن يقوم سلوكه غير المتناسق . والمعالج يكون مشكلة فقط إذا كان غير متناسق وعاجزاً عن الاعتراف بذلك . ويتوقف تحديد ما إذا كان من الممكن للمعالج والمريض إقامة علاقة علاجية على ميول واهتمامات المعالج أولاً ، ثم على مهاراته لتحديد أى المشكلات وأى الأعراض يكون مستعداً وقادراً على التعامل معها . فقد يستطيع معالج جشتالتى موهوب أن يتعامل مع أفراد سلبيين منزوين فى مستشفى ، ولكنه قد يكون عاجزاً عن التعامل مع مدمنين ، بينما يصلح لذلك معالج جشتالتى آخر . أى أن طابع العملية التى يمكن خلقها بين المعالج والمريض هى التى تقرر ملاءمة الطريقة التى يكونها المعالج أو التى يقال أنه يمثلها .

التطبيقات خارج العلاج : نظراً لأن العلاج الجشتالتى حديث جداً ، ونظراً لأن أسسه تكمن فى علم النفس ، فإن فائدته فى مجالات مثل المجال السياسى لم تستكشف بعد . ولكن لا يوجد ما يدعو إلى الشك فى إمكانية تطبيق العلاج

الجشتالتى تطبيقاً مفيداً فى أى موقف يكون فيه بشر سواء كان هذا الموقف مضطرباً أم لا . ويقوم العلاج الجشتالتى على أسس تعتبر طريقاً سليماً للحياة ، أى أنه فلسفة أولاً ، وطريق للوجود ، وهو يستخدم تطبيقياً لفائدة الناس . فالعلاج الجشتالتى يخدم الفلسفة الجشتالتية . ويفترض أن المسلمات الأساسية للنموذج العلاجى تصلح للتطبيق فى المنزل وفى المكتب وللطفل السوى والمضطرب كما تصلح للتطبيق على الأحزاب أو حلقات البحث أو على المدرس والطالب والمشرف وعضو البرلمان .

وتطبق نفس المبادىء على المجالات التى تخرج عن نطاق العلاج النفسى ، ذلك أن كل المنظمات مثل المستشفيات والمؤسسات الصناعية والسياسية على مختلف المستويات يمكن أن تفيد من تطبيقات العلاج الجشتالتى على العلاقات بين الأشخاص المنتمين إليها . وقد يعترض البعض بأن هذه المؤسسات تقوم أساساً على توزيع الغنائم بين مختلف الأطراف وهو ما لا ينطبق على العلاج النفسى الذى تكون فيه المشاعر هى المحور وليس الحقائق . ولكن يمكن القول أيضاً من جهة أخرى أنه حتى فى الخلافات المادية ، فإن الأمر قد يصل إلى الحد الذى تصبح فيه كل الأطراف مهتمة أكثر ما تهتم بالبقاء ، ويصبح النفع المادى أمراً ثانوياً . والإحباط هو نتاج حتمى لكل نشاط منظم . ويمكن أن يعطل الحركة الفردية والتعاونية ، ولكن عن طريق تشجيع الاستجابية المتكاملة والمباشرة يمكن للعلاج الجشتالتى أن يقوم بديلاً يقلل من هذا التعطيل والإحباط .

التقـويـم :

يرى العلاج الجشتالتى أن التشخيص مفهوم عفا عليه الزمن ، وأن الكلمات القديمة مثل العصاب والهستيريا والفصام واضطراب الخلق من العمومية لدرجة لا يصبح معها لهذه الكلمات فائدة . ونتيجة لتغير المفاهيم السيكودينامية ، فإن هذه الألفاظ أصبحت عديمة المعنى ، كما أنها بفعل دلالاتها أصبحت مضللة . فمثلاً ، يحمل كل من مصطلحى : الفصام واضطراب الخلق معنى أنهما ظواهر دائمة يصعب جداً علاجها . ونحن نعلم الآن أن نظام العلاج وليس المريض هو مصدر الصعوبة . والهستيريا مصطلح يمكن استخدامه الآن لكل أمراض

الأعراض . فمعظم الناس يتنصلون من مسئوليتهم عن المرض الجسمى ، كما يفعل الهستيرى حين ينكر علاقته بعَرَضه . ويمكن أن نسأل حينئذ : هل يخبرنا لفظ « الهستيريا » عن شيء حقيقى ، أم أنه لفظ نقدى حكمى ؟ ومن الإدعاء الظن بأن قطباً فى العملية هو المعالج يستطيع وصف قطب آخر هو المريض وبخاصة إذا ادعى القائم بالتشخيص أنه فوضوى ، أى أنه خارج عملية المريض ، ذلك أنه منذ اللحظة التى يكون فيها المعالج نسقاً مع المريض ، فإن عملياته تتصل بعمليات المريض حتى إذا كان غرضه تشخيصى بحت . وتمثل العناوين التشخيصية خطورة لأنها توقع المريض فى حيرة فضلاً عن أنها تزيغ بصر المعالج الذى يقوم به ، فضلا عن تضليلها للمعالج التالى الذى يقرأ التشخيص قبل أن يرى المريض . ويرى كمبلر (١٤ ، ص ٢٧٤) أن التشخيص الفردى هو فى حقيقته وصف للقائم بالوصف ، وصف لاحباطاته ومفاهيمه وعملياته استجابة لاحباطاته . والأفضل فى تقديره إحالتها إلى التاريخ هى ودراسة تاريخ الحالة والعلاج الفردى ، بل إن كمبلر لا يرى داعياً للبحث عن بديل للتشخيص الذى لا يخدم فى تقديره أكثر من علاج قلق المعالج الذى يريد أن يواجه المريض ، وهو مسلح بنوع من البنيان ، وتمده الفئات التشخيصية بما يمكنه من وضع مريضه فى فئة ، فيستطيع بذلك أن يضع نفسه فى علاقة مع ذلك الشخص . والمعالج من هذا النوع لم يُشجع على أن يخبر بصورة خلاقة ارتباطه بآخر وأن يتابع هذه الخبرة .

ويقرر كمبلر أنه يعرف أن العلاج يتقدم لأنه هو يتغير ، وذلك فى يقينه أحسن مقياس ، أى تعرف المعالج على ما يحدث داخله . ولكن ذلك يخلق مشكلات فى العمل ، لأن المعالج وهو يتغير لا يمكنه استخدام تكتيكات الأمس الناجحة لأنها لم تعد هو ، ويتعين عليه أن يواجه الشخص بما هو عليه اليوم بالرغم من أن الموقف قد يكون تشابهاً . ولكن المعالج يثق دائماً أن كفاءة جديدة فى العمل سوف تنشأ ، وأنها تمثل تحسناً طالما أنه لا يخدع ذاته أو يحاول خداع الآخرين فى العملية . كما يحدث حين يلعب دور المعالج .

الموقف الحاضر :

لم تقم بعد وفاة بيرلز قيادة واضحة لحركة الجشتالت . ولكن يوجد فى الوقت الحاضر أفراد يعملون على تنظيم الحركة فى معاهد للتدريب على العلاج

الجشتالتى . وهناك الكثير منها فى الولايات المتحدة الأمريكية وفى غيرها من بلاد العالم .. وكل منها مستقل محلياً . كما أنه من الصعب تحديد معايير للانتماء إلى الحركة ، فهى تختلف من مكان لآخر . وقد ظهرت كتب غير كتب بيرلز التى لا زالت تحتكر المجال ، وهى كتابات لا تغطى الكثير من الخلفية النظرية .

ويقدر كمبلر أن المشكلة الأولى هى تحديد ماهية وكيفية العلاج الجشتالتى : وذلك لأنه لا تتوفر بعد نظرية نظامية . وربما كان مكمن الخطر الأكبر على الحركة فى تقدير كمبلر هو التكتيكيين السطحيين الذين تسرعوا فى تقليد تكتيكات بيرلز . وأسموا أنفسهم بالمعالجين الجشتالتيين دون أن يكون لهم هم « وجود » . ومن ناحية أخرى ، هناك مشكلة الحدود ، أين يصبح « وجود الفرد ذاته » مؤهلاً له ليكون معالجاً جشتالتياً ؟ ما هى الفروق بين العلاج الجشتالتى والعلاج الجشتالتى الخبروى ؟ هل هما الآن نفس الشىء ؟ ما الذى يعتبره المعالجون الذين يسمون أنفسهم بالجشتالتيين تعريفاً للعلاج الجشتالتى ؟ ولكن الموقف فى تقدير كمبلر لا يدعو لليأس ، وهو يرى أن كثرة المخلصين المتحمسين كفيلة بإرساء قواعد صلبة للحركة .

وسوف نؤجل مناقشة موقف العلاج الجشتالتى من المدارس العلاجية الأخرى إلى الفصل القادم الذى نعرض فيه العلاج الجشتالتى الجماعى ، وهو جوهر العلاج الجشتالتى .

الفصل الثامن

العلاج الجشتالتى الجماعى

مقدمة :

ينادى بيرلز – ويتفق معه فى ذلك كمبلر – (١٤ ، ص ٢٧٦) بأن العلاج الجشتالتى الفردى هو الآن فى ذمة التاريخ ، وأن العمل مع فرد واحد فى جماعة ليس علاجاً فردياً . ويرحب المعالج الجشتالتى فى عمله مع فرد بمشاركة الآخرين ، إلّا أنه يحاول وقف هذه المشاركة إذا شعر أنها سوف تكون مشتتة . وحين يجد المعالج نفسه غير واثق من الخطوة التالية بعد انحسار حدة نقطة العمل الثنائية ، فإن خير ما يمكن أن يفعله هو أن يطلب من الآخرين التعليق سواء كان ذلك علاجاً فردياً أم عائلياً أم جماعياً أم تدريباً على الحساسية .

ويعترض البعض بأن العلاج الجشتالتى لا يهتم بديناميات الجماعة ، لأنه يسمح للعمل أحياناً مع مريض واحد فى تواجد مع الجماعة . وفى تقدير العلاج الجشتالتى ، فإن لمثل هذا العمل مزايا على العلاج الفردى ، لأنه ينشط طاقة المريض ويهيىء له فرص تحمل المسئولية عن سلوكه وتأكيد ذاته ، والتعامل مع تقبل الجماعة له أو رفضها له . كما أنه يهيىء للمعالج الفرصة لرؤية كيفية تفاعل مريض فرد ومن ثم يمكنه توجيه وعى الجماعة واتصالها بصورة مناسبة . ثم إن ذلك يهيىء الفرصة للأفراد غير العاملين لاستخراج المعنى الشخصى لهم من العمل الذى يشاهدونه . ولكن رغم ذلك ، فإن العلاج الجشتالتى يقوم فى جانب كبير منه على التفاعل الجماعى .

وسواء كنا نناقش العلاج الفردى أو الجماعى أو العائلى أو التدريب على الحساسية ، فإن كل الأنشطة العلاجية توجه إلى المستوى الأساسى ، وهو الحاضر والحالى والمباشر . ويشجع كل فرد على التعبير الشخصى الصريح فى هذا المستوى

الحالى . ومن الناحية العملية ، فإن هناك أكثر من شخصين فى أى لحظة معينة فى أكثر علاقات التعامل بصرف النظر عن حجم الجماعة أو تكوينها . وبالرغم من أن أربعة أشخاص قد يتكلمون فى نفس الوقت ، إلّا أن التعامل يمكن اختزاله إلى فردين . وبالرغم من أن واحداً منهما قد يكون بوضوح القائد فى لحظة معينة ، إلّا أن التعامل يتضمن دائماً شخصين . ولا يعنى ذلك أن الآخرين ليس لهم تأثير فى الموقف ، أو أن الإثنين غير واعيين بوجود الآخرين ، ولكن نقطة العمل البارزة تتميز دائماً بظاهرة بين نقطتين كل منهما يكون عادة فرداً . ولكن هناك حالات استثنائية . فبالرغم من أن نقطة واحدة هى دائماً فرد واحد فى عملية ، إلّا أنه فى لحظة قصيرة قد يقف هذا الفرد ضد الجماعة كلها . ولكن فى هذه الحالة سوف تكون هناك هيراركية غير معلنة تتكون من بين الصامتين أو من بين أصحاب الضجيج ، إلى أن يبرز واحد منهم بوصفه المتحدث عنهم . وهكذا ، فإننا نواجه دائماً عملاً من فردين . وقد يكون المعالج واحداً منهما . وقد يكون كلاهما فى فترة استبطان . وحين يكون العمل متكاملاً ، فقد يكون المعالج فقط مرشداً أو ملاحظاً عند حافة نقطتين أخريتين بؤريتين من جماعة فى طريقها إلى التكوين . ويرى كمبلر (١٤ ، ص ٢٧٦) أن حرص بعض المعالجين الجماعيين على دفع الصامتين فى الجماعة إلى الكلام . قد يقلل من عمق ومعدل العملية الجماعية . وبالرغم من أن المشاركة اللفظية من جانب كل فرد مفيدة للفرد وللجماعة ، إلّا أن عمق ومعدل العملية الجماعية يتوقفان على عمق الخبرة التى يخلقها شخصان ، وليس على اتساع حجم العضوية واسهاماتها . فإذا كان صمت بعض أعضاء الجماعة يثير الاهتمام ، فإنه يمكن خلق نقطة علاقة مفيدة عن طريق تشجيع محادثة مثلاً بين أكثر المتحدثين طلاقة وبين عضو صامت . وكذلك يمكن تحقيق الهدف عن طريق الحديث عن موضوع صمت الصامتين . وسرعان ما تظهر نقطة عمل ثنائية .

وفى العلاج العائلى تنطبق نفس المسلمات . فالأحاديث عن الأطفال تعاد صياغتها فى شكل رجاء شخصى ، أو رأى أو جملة موجهة إلى الطفل المعين . وبالطبع ، فإنه فى العلاج العائلى ، فإن سلوك كل عضو يرتبط بصورة ما بسلوك الآخرين ، ويؤثر فيهم ، وذلك أمر ييسر العمل . وبالرغم من ذلك ، فإن مسلمة نقطة عمل من شخصين تظل قائمة . ولا تعنى هذه المسلمة حذف الآخرين .

وقد ابتكر بيرلز صياغة « الكرسى الساخن » hot seat formula المعروفة لمن عمل معه ، وفيها يركز كلية على شخص فى الجماعة ، بينما يقوم الأعضاء الآخرون فى الجماعة بالملاحظة . وبالرغم من أن النموذج الجشتالتى يوصف من خلال خبرة من نقطتين ، أو فرد – لفرد ، فإن المجال العائلى يعتبر أكثرها فائدة من حيث الممارسة . وعائلة الشخص هى قوة لجميع أفرادها راشدين وأطفالاً . ويشعر الشخص بالحرمان إذا انقطعت العائلة عن أن تصبح مصدر قوة له . ويتعين حينئذ أن نعيد إليه العائلة بوصفها مصدره الأولى للمساندة الانفعالية أو نحل بديلاً محلها . وبالإضافة إلى ذلك ، فإن العائلة هى أكثر القوى تأثيراً فى تشجيع سلوك الأعراض أو تثبيطه أو الاحتفاظ به لأفرادها . ويعتبر النموذج الجشتالتى العلاجى أنسب النماذج العلاجية . وقد وجد أن العود للإجرام يكون أقل بين المجرمين الذين ينتمون إلى عائلات . وقد يعتبر السجن أو العصابة ، بديلاً عن العائلة مما يشجع على الاستمرار فى السلوك الإجرامى والعود إلى السجن . وكذلك فإن تعاطى الكحول يتطلب مشاركة من الآخرين . والخلاصة : أن الكثير من الأعراض سوف يختفى إذا اضطر كل أعضاء العائلة إلى المشاركة فى مصير المستشفى أو السجن مع الأعضاء المرضى . وحين توجد العائلة ، فإن العلاج العائلى يكون هو النموذج المفضل . وكذلك من الأفضل معالجة المؤسسات وأجنحة السجن أو المستشفى والمنظمات بوصفها وحدات عائلية . ويتبع هذا النموذج العلاجى العلاج الجماعى ، وذلك لأن الجماعة خارج العائلة يكون نفوذها عن طريق ضغوط التماسك أقل تأثيراً .

الافتراضات حول طبيعة الإنسان :

الافتراض الأساسى هو التنظيم الذاتى العضوى organismic self-regulation أى القدرة على إشباع حاجاتنا من خلال اختيار ما يفيدنا من البيئة . ولا يعنى ذلك بالطبع أننا دائماً نقوم بالاختيار الصحيح ، ولكنه يعنى القدرة على تصويب أخطاء الاختيار . ويقول روبرت هارمان (١٢ ، ص ٢٢٢) أنه تعلم أن يستخدم هذا التنظيم الذاتى ، أى أن يهتدى باستجاباته البدنية لتقرير مثلاً ما إذا كان يقبل عملاً ما أم لا . فإذا لم يحس شيئاً فى معدته استجاب للطلب . وإذا أحسن بألم ، لم يستجب له . فالإنسان يستخدم الفكر والحواس والانفعال بصورة

متوازنة . ومعظم من يطلبون العلاج يكونون ممن يخبرون اضطراباً فى هذا الاتزان . ومهمة المعالج هي مساعدة المرضى لاستعادة القدرة على رعاية أنفسهم . وتكون الاضطرابات غالباً نتيجة الميكانيزمات المألوفة : الإسقاط projection ، والاستدماج introjection ، والتأمل التراجعى retro flection ، والإمالة أو الانحراف deflection . وينظر المعالجون الجشتالتيون إلى الإنسان نظرة كلية أى أن الشخص السوى يستجيب بوصفه كلاً ، وليس بوصفه كائناً مجزءاً . فالمعالج لا يتجاهل الجوانب المعرفية والحسية والانفعالية للخبرة .

الوعى والاتصال :

الوعى والاتصال contact هما الهدفان الأساسيان للعلاج الجشتالتى بالإضافة إلى أهداف أخرى مثل التكامل والنضج والمسئولية والصدق والتنظيم الذاتى وتغير السلوك . وهذه الأهداف الأخرى نفسها يمكن إدراجها تحت هدفى الوعي والاتصال . فمن خلال الوعى ، يعرف الشخص إذا كان مسئولاً أو صادقاً ، أو إذا كان الفرد على اتصال باحساساته ، إلخ . فبدون الوعي والاتصال سوف نقاد إلى الاعتقاد بأننا نفعل ما نعتقد أننا نفعله . وتنطبق هذه الأهداف على العلاج الفردى أو على علاج الفرد – فى – جماعة ، ذلك أن العلاج الجشتالتى يهتم بالأفراد فى جماعة وليس بالجماعة فى حد ذاتها ، ولا يعتدى على تكامل الفرد بقصد تحقيق هدف جماعى ارتقائى .

ويعرف بيرلز الوعى بأنه « الاحساس التلقائى بما ينشأ فيك ، وبما تفعله ، وتشعر به وتخطط له » (١٢ ، ص ٢٢٠) . فحين يكون الناس واعين فإنهم يعرفون ما يفعلون . وهناك مستويات عديدة للوعى : (١) الوعى بالحالة الانفعالية ، فتشعر بالحزن أو المرح أو الحب ، إلخ .. (٢) الوعى بالحالة البدنية . وفى هذا المستوى قد تشعر بالتوتر والشد والتنفس وعدم الراحة البدنية أو إحساسات اللذة ؛ (٣) الوعى بما هو فى البيئة باستخدام حواسنا الخمس .

وقد يخلط أحياناً بين الوعى والتخمين والتفسير فى هذا المستوى . فمثلاً ، قد يقول الفرد : « أنا أعي أنك حزين » وليس ذلك وعياً ، فهو تخمين أو حدس أو تفسير . والاستجابة الأكثر دقة والمبنية على أساس الوعى قد تكون : « ألاحظ

أن عينيك تدمعان وأن شفتيك ترتجفان » أو « أنا أعي بتفكيري أنك حزين » (١٢ ، ص ٢٢٠) . أي أن الوعي هو معرفة ما تفعله ، وتشمل معرفة دوافعنا ومقاصدنا . وحين يكون لدينا وعي كامل يمكن السيطرة على أمور حياتنا لأننا نعتمد على كياننا العضوي ليخبرنا بما نفعل ولاتخاذ قراراتنا وللاكتفاء الذاتي ، ولأننا نعرف ما هو ضروري لإشباع حاجاتنا بدلاً من أن نتخذ قراراتنا على أساس ما يعتقد الآخرون أنه الأحسن لنا .

ويعرف بيرلز الاتصال بأنه « الوعي بما يمكن تمثله (استيعابه) والسلوك نحوه ، ونبذ الجديد غير القابل للتمثل » (١٢ ، ص ٢٢٠) وخلال الاتصال يستخدم النظر والسمع واللمس والكلام والحركة والشم والتذوق ، وهي كلها مكونات حسية – حركية يستخدم كل منها منفرداً أو يستخدم أكثر من مكون في نفس الوقت . ويشتمل الاتصال على الاعتراف بوجود الآخرين المتواجدين معنا وتقديرها ومواجهتهم بنجاح . وفي الاتصال بالآخرين ، نعي ما هو « أنا » وما هو « ليس أنا » . وحين نستطيع الاحتفاظ بوعينا بالحدود التي تفصل « أنا » عما هو « ليس أنا » ، تصبح الاستثارة ممكنة ، ويصبح النمو ممكناً . ويهتم العلاج الجشتالتي بكيفية اتصال المرضى كل منهم بالآخر ، أو كيفية تجنب كل منهم للآخر ، كل ذلك في دورة هي : الوعي – الاثارة – الاتصال . ويمر الشخص فيها في مراحل هي : (١) الانسحاب ؛ (٢) الاحساس ؛ (٣) الوعي ؛ (٤) تعبئة الطاقة ؛ (٥) الفعل ؛ (٦) الاتصال ؛ (٧) الانسحاب . فمثلاً ، قد يكون مريض ذكر في الجماعة منشغلاً مع المعالج في مشكلة ترتبط ببرود أمه نحوه ، بينما تشاهد مريضة أخرى ذلك ، فتعي بدفء في صدرها ووخز في ذراعيها ، فيربط بين إحساسها بالدفء والوخز ، وبين الرغبة في الأمومة والاتصال بالمريض الآخر بطريقة ما . ونتيجة للاحساس بالتعبير الكامل ، يمكنها أن تستمر في القيام بدورها بوصفها مشاركة في عمل المريض ؛ ومن ثم يمكن استئناف العلاج (١٢ ، ص ٢٢٠) .

وحين لا تقطع دورة الوعي – الاتصال ، يصبح الشخص واعياً بحاجة ويحققها من خلال إحدى وظائف الاتصال . أي أنه حين تؤدي دورة الوعي – الاتصال وظيفتها ، بصورة فعّالة ، فإن الشخص يستطيع التنبه إلى ما هو جديد

وقابل للتمثل فى البيئة . ويبرز شكل واضح ، ويفعل الشخص ما يتعين فعله لإشباع الحاجة . ويخبو الشكل بعد ذلك فى الأرضية ، ويصبح الشخص فى حالة انسحاب إلى أن تبدأ هذه العملية مرة أخرى . ويسمى بيرلز هذه العملية « إبادة الجشتالت » destroying gestalts ، وحين يحدث ذلك ، فإن الجشتالت الذى يبرز ، يصبح حاجة ، وهو إما أن يباد من خلال التمثل أو ينبذ . وفى كل من الحالتين ، يعود الشخص إلى حالة الانسحاب من دورة الاتصال – الانسحاب .

ويمكن فى ضوء ما سبق فهم كيف تكمن أصول العلاج الجشتالتى فى علم نفس الجشتالت . فدورة الوعى – الاتصال هى طريقة أخرى لوصف تكوين وإبادة الجشتالت وعلاقات الشكل – الأرضية . إذ يبدأ جشتالت فى الظهور من أرضية كل الامكانات فى البيئة . وقد يخبر بوصفه حاجة إلى التعبير عن أنفسنا للآخرين أو الوعى بحاجة جسمية ، أو نية الحصول على معرفة . وحينئذ يبرز الشكل أو الجشتالت فى الأرضية إلى أن نشبع الحاجة بطريقة ما ، ومن ثم يخبو الجشتالت ويباد فى الأرضية . فمثلاً ، قد يعى فرد ذكر فى الجماعة باحساسات معينة فى جسمه ، مثلاً فى ذراعيه ، وفى الجزء العلوى من جسمه ، كما يحس بالحرارة فى وجهه . وهو يعرف أن ذلك يعنى بالنسبة له ضيقاً بما قاله عضو آخر فى الجماعة . وتصبح هذه الحاجات والتعبير عنها « شكلاً » ، فيستطيع حينئذ أن يقرر التعبير عن نفسه بطريقة اتصالية كأن يقول مثلاً : « أنا لا أحب ما قلته لى » أو « إننى أضيق بذلك » أو « حين تقول ذلك أشعر بالتوتر » . وهو حين يفعل ذلك ، فإن الجشتالت يتلاشى فى الأرضية بحيث يبرز شكل آخر واضح . ومن الناحية الأخرى ، إذا قاطع هذا الشخص تعبيره بطريقة ما ، فإن الجشتالت يصبح مثبتاً ، ويعوق عملية النمو السوى للجشتالت وإبادته . ويسمى ذلك بلغة العلاج الجشتالتى « العمل الذى لم يكمل » unfinished business (١٢ ، ص ٢٢٢) .

ويتضمن كل اتصال سوى وعياً (ادراكاً للشكل / الأرضية) وإثارة (زيادة تعبئة الطاقة) . ولكى يتمثل أو ينبذ ما هو جديد ، يتعين أن تكون هناك استثارة ، وبعض الطاقة الظاهرة من خلال الانتباه والميل . أى أن الاتصال الحقيقى لا يمكن قيامه إلا نحو شكل . وهو نتيجة طبيعية للخبرة بالجديد ،

ومتابعة الميل وإشباع الحاجة . وهو عكس الملل والجمود واستنزاف النتائج من اتصال يرغم الفرد عليه .

حدود العلاج الجشتالتي الجماعي :

يستمد العلاج الجشتالتي قوته من « الطاقة الجماعية » للجماعة ، ذلك أن مشاهدة الأعضاء للآخرين وهم « يعملون » ويجربون ويكافحون ، تبعث فى نفوسهم الشجاعة للبدء فى العمل مع مشكلاتهم . وبدلاً من الكلام عن مشكلاتهم ، يشجع المرضى على التعامل مع هذه المشكلات . فمثلاً ، إذا تحدثت مريضة عن مشكلاتها مع نماذج السلطة ، فإن المعالج الجشتالتي يطلب منها الحوار مع نموذج للسلطة ، وذلك من خلال « أسلوب الكرسي الخالى » مثلاً . فإذا ما لعبت كلا من دورها الذاتى ، ودور نموذج السلطة ، زاد الاحتمال فى أن تكتشف أنها هى السبب فى مشكلاتها . كما أن المعالج قد يستكشف علاقاتها مع المعالج نفسه ، والذى قد يدرك على أنه نموذج للسلطة . ويهيىء العلاج الجشتالتي الفرصة للمرضى « غير العاملين » لمشاهدة « العاملين » فى مشكلات تشبه مشكلاتهم دون أن يكونوا طرفاً مباشراً . وقد يعينهم ذلك على حل مشكلاتهم .

ويبدأ العلاج الجشتالتي منذ اللحظة الأولى دون الحاجة إلى جمع بيانات عن التاريخ المرضى ، أو الاستماع إلى حاجات المرضى ، إلخ .. مما يعطى الفرصة للمريض كى يقدر ما يمكن توقعه ولكى يقرر ما إذا كان يرغب فى الاستمرار فى العلاج أم لا .

وثمة خطورة تكمن فى العلاج الجشتالتي على يدى معالج غير مدرب يستثير عملية دون إكمالها ، ومن ثم يدعم « العمل الناقص » لدى المريض . ولا يفيد العلاج الجشتالتي فى تقدير هارمان (١٢ ، ص ٢٤٨) المرضى الذين يصرون على معرفة أسباب مشكلاتهم ، والذين يصرون على طلب النصح من المعالج . ولا يصلح العلاج الجشتالتي كذلك للأفراد الذين ينزعون إلى « التفعيل » لأن الأساليب التعبيرية التى تستخدم فيه ، قد يخبرها المريض على أنها موافقة على « التفعيل » خارج الجلسة . وتتطلب مساعدة هذا النوع من المرضى ، كما هو الحال بالنسبة للذهانيين ، وقتاً أطول مما يقبل به الكثيرون من المعالجين .

وعلى كل حال ، تتناقص نتائج البحوث فى مدى فعالية العلاج الجشتالتى ، إلّا أن الجميع يقدرون صعوبة البحث فى هذا المجال نظرا لصعوبة إخضاع المتغيرات الدالة للقياس .

اختيار الجماعة وتركيبها :

يتعين تعريف من يريد الانخراط فى العلاج الجشتالتى منذ البداية ، بأن العلاج يتطلب إرادة « العمل » ، والتعبير عما يريده بأمانة . ويمكن عن طريق توجيه أسئلة مناسبة التعرف على مدى توفر هذه المتطلبات فى العميل ، ويفضل بعض المعالجين الجشتالتيين تواجد أفراد من الجنسين بنسب متقاربة (مثلاً أربعة ذكور وأربع إناث) ، بينما يجد البعض الآخر أن قصر الجماعة على أفراد من جنس واحد قد يكون أكثر فعالية – رغم أنه قد يبدو غير طبيعى فى كثير من المجتمعات ، وذلك مع ملاحظة ضرورة التمييز بين الجماعات العلاجية والجماعات التى تشكل لأغراض خاصة مثل جماعات « التدريب على تأكيد الذات » . وهذه تقتصر عادة على أفراد من جنس واحد . وبالطبع ، يمكن أن تلعب العوامل الثقافية فى هذا المجال دوراً حاسماً فى تحديد التركيب الأفضل للجماعة .

ويفضل بعض المعالجين الجشتالتيين عدم انخراط العميل معهم فى علاج فردى طالما أنه عضو فى جماعة علاجية يديرها . ولكنه قد لا يمانع فى انخراط العميل فى علاج فردى مع معالج آخر فى نفس الوقت . وقد وجد هارمان (١٢:٦) أن عرض شريط فيديو يقدم عينات ممثلة من جلسات العلاج الجشتالتى على العميل المتقدم طلباً للعلاج يفيد كثيراً . إلّا أنه إذا وجد أن عميلاً ما بعد انخراطه فى الجماعة ، يظل سلبياً ، أو ينزع إلى « التفعيل » فمن الأفضل تحويله إلى العلاج الفردى .

مكان الاجتماع وحجم الجماعة :

غرفة متسعة بها مائدة وحولها كراسى ، وتتوفر لها الخصوصية والتسهيلات الكافية . والحجم المفضل للجماعة هو ثمانية أفراد ، إلّا أنه قد يتراوح بين خمسة أفراد وعشر أفراد .

تواتر الاجتماعات :

جلسة أسبوعية مدتها ساعتان هو النمط الغالب ، والذى قد يستمر لمدد تتراوح من ١٥ إلى ١٨ أسبوعاً طبقاً لعدد متنوع من الظروف . ومن المفيد ألّا يظل المريض فى الجماعة مدة أطول من اللازم . ولذلك قد يفيد أن ينضم إلى جماعة بها أعضاء يوشكون على إنهاء علاجهم فى وقت قريب كى يتعلم منهم القدرة على الانسحاب فى الوقت الملائم . وقد يفيد تسجيل بعض الاجتماعات بالفيديو ، ولكى يتعين أن يتم ذلك بإذن صريح وموافقة تامة من الأعضاء ، وذلك بقصد زيادة حساسيتهم وزيادة حساسية المعالج أيضاً . ومن الأفضل دائماً أن يتناول القيام بالتصوير أعضاء الجماعة أنفسهم بدلاً من الاستعانة بمصور خارجى . كما أنه من الضرورى أن يعرف الأعضاء كل الظروف المحيطة بالتصوير مثل فترة الاحتفاظ بشريط الفيديو وظروف عرضه ، إلخ ..

المعـالـج :

ليست هناك شروط خاصة بالمعالج الجشتالتى غير الشروط الرسمية التى يتطلبها العمل فى مجال العلاج النفسى فى المكان المعين ، بالإضافة إلى شرط التخرج فى معهد للعلاج الجشتالتى أو التدرب على معالج جشتالتى . ولا تختلف القواعد والمعايير الأخلاقية فى ممارسة العلاج الجشتالتى عن غيرها من المدارس العلاجية .

الممارســـات

المشــكلات :

يقدم العلاج الجشتالتى علاجاً جماعياً يؤكد على الخبرة بدلاً من حل المشكلة . ولا يقدم إجابات لتساؤلات المريض مهما كانت درجة إصراره . وقد يكتشف أخيراً أنه لا جدوى من ذلك ويبدأ فى « العمل » وقد ينخرط بعض المرضى فى جماعة علاجية بوهم أنهم يمكن أن ينفسوا عن انفعالاتهم ، وأن يلقوا بمشكلاتهم على الآخرين . ولكن العلاج الجشتالتى رغم أنه يستثير انفعالات

حادة ، إلّا أن ذلك يستخدم لإحداث الاتصال أو لزيادة الوعى . ولكن قد يطلب المعالج من المريض الذى يعبر عن أمر مشحون انفعالياً بنغمة خالية من الانفعال أن يعيد نفسه بإظهار الانفعال المناسب . والأفضل أن يبادىء المريض بالاتصال ، ولكنه لا يرغم على ذلك . وقد يفيد المريض من مجرد ملاحظة الآخرين « يعملون » .

وقد ينضم عضو آخر إلى الجماعة لمجرد إشباع الحاجة إلى الانتماء . ولا بأس فى ذلك ، ولكن المعالج يشجعه على أن يكتشف لنفسه كيف يبقى نفسه بعيداً وكيف يشبع حاجاته الاجتماعية . أما أصحاب المشكلات « الجادة » ممن ينزعون إلى احتكار وقت الجماعة ، فمن الأفضل إحالتهم إلى العلاج الفردى ، أو أن تساعدهم الجماعة على التعامل مع هذه المشكلة ، أو تحدد الجماعة حداً أقصى لعمل كل عضو .

ويجب تطبيق قواعد الاختيار على من يحالون إلى العلاج الجشتالتى من قبل المعالجين الذين يشعرون بأنه لا يتحقق تقدم كاف فى العلاج الفردى معهم . وقد يكون من المفيد ترتيب لقاء مع مصدر الإحالة مع المريض ، إذ قد يتبين له أنه هو سبب إعاقة التقدم وقد يقرر استمرار تقديم العلاج الفردى للمريض . ويفضل بعض المعالجين الجشتالتيين تحديد قواعد معينة منها الأمانة فى التعبير عما يشعر به المريض وما يفكر فيه ، والانتظام فى الحضور ، وإرادة « العمل » والمخاطرة ومحاولة الجديد ودفع « الفاتورة » . ومن القواعد الهامة جداً الحفاظ على سرية ما يدور فى الجماعة . وقد يحبذ البعض الاتفاق على عدم مقاطعة مريض خلال « عمله » ، إلّا أن الآخرين قد يرون فى المقاطعة فائدة علاجية (١٢ ، ص ٢٤٠) .

التقـويـم :

لا يرى معظم المعالجين الجشتالتيين فائدة فى إطلاق عناوين تشخيصية على المرضى تحت العلاج . فهى لا تفيد المعالج . كما أنها تشكل وصمة تلصق بالمريض وتختزله إلى مفهوم . والأهم فى نظر المعالجين هو التقويم المتوجه — نحو — العملية ، وفيه تقدر نوعية اتصال أعضاء الجماعة .

العـــلاج :

لا يفضل المعالج الجشتالتى استخدام كلمة « علاج » لأن مثل هذا الأسلوب يضع المعالج فى موقف أعلى ، ويزيد من اعتمادية المريض عليه . ويتنافى استخدام هذا المصطلح الطبى مع مفهومى « الوعى » و « الاتصال » فكل من المعالج والمريض يقف على قدم المساواة ، رغم أن المعالج قد يكون له بعض الخبرة التى لا تتوفر لدى المريض ، إلّا أنه لا يقدم حلولاً جاهزة أو نصائح . كما أن معالجة « مشكلة » بوصفها عَرَضاً يتنافى مع النظرة الكلية holistic فى العلاج الجشتالتى . وإذا ما استخدم المعالج كلمة « علاج » ، فإنه يعالج مريضاً بوصفه مساوياً له وقادراً على رعاية نفسه . وما يفعله المعالج هو أن يقدم للمريض إحباطاً يعبىء طاقته وعدوانيته كى يبادىء بفعل . ومن خلال إحباط محاولة المريض للحصول على المساندة ، يتعلم المريض أن يساند نفسه .

الإجراءات الإدارية :

لا يتدخل المعالج فى حياة المريض خارج الجلسة . فإذا استطاع المريض أن يدير شئونه فى الجلسة ، فلا بد من أن يدير شئون حياته خارجها . ويحدد المعالج وقت الجلسة ويترك للمرضى تدبير أوقاتهم . ويؤكد المعالج على الأهمية القصوى للحفاظ على سرية ما يدور فى الجلسات . وقد يرى تخصيص وقت للاتصال الفردى فى حالات الضرورة ، كما أنه لا يشجع على العلاج بالعقاقير ، إلّا أنه إذا كان المريض يتعاطى علاجاً من هذا النوع ، تعين أن يعلم به المعالج وبعواقبه .

البحـــوث :

يعترف الجشتالتيون بصعوبات البحث فى هذا المجال ، كما أن معظمهم ينخرط فى العلاج الخاص أكثر مما ينخرطون فى الدوائر الأكاديمية . وفى بحث تم فيه تحليل ما يقرب من ٤٠٠ تقويم مضبوط للعلاج وللارشاد النفسى ، وجد أن العميل العادى فى العلاج أحسن بنسبة ٧٥٪ من الفرد الذى لا يكون خاضعاً للعلاج . ولكن لم تتوفر فى البحث عينات كافية من العلاج الجشتالتى لإصدار حكم . ولكن وجد باحثون آخرون أن جماعة جشتالتية كانت من أكثر الجماعات

فعالية ، بينما كانت جماعة جشتالتية أخرى من أقل الجماعات فعالية . وتوصل باحثان آخران من تحليل لمضمون أفكار بيرلز ونسقها إلى أن العلاج الجشتالتى عملية يحاول فيها المعالج بمهارة إحباط العميل فى المكان والزمان الحاليين لتيسير الاتصال العضوى بالبيئة والوعى الذاتى والنضج والاستقلالية (١٢ ، ص ٢٤٦) .

العملية والميكانيزمات :

يصعب فصل العملية عن الميكانيزمات (الأساليب) فى العلاج الجشتالتى . ولكن البعض يفضل استخدام كلمة « طراز » بدلاً من « أسلوب » . والمعنى الرئيسى فى العملية هو الوعى والاتصال . ولكنها تشير أيضاً إلى ديناميات الجماعة ، أى ما يقال ويخبر فعلاً فى الجماعة ، كما تشير إلى الميكانيزمات والأساليب والتجارب والتدخلات المستخدمة ، بالإضافة إلى ما يحدث للمعالج نفسه . ويحاول المعالج التأكيد على المكان والزمان الحاليين من خلال السؤال المباشر للعميل من فترة لأخرى لتحسين اتصاله : « ما الذى تعيه الآن ؟ » ، « ماذا يحدث ؟ » « ماذا تعمل ؟ » « أين أنت الآن ؟ » ، إلخ ..

وقد يحدث الوعى حين يطلب فرد أن « يعمل » work on على مشكلة معينة . فإذا وافق المعالج تصبح بقية الجماعة أرضية حين يركز تركزاً كلياً وعيه وانتباهه على المريض « العامل » لفترة . ولا يعنى ذلك أن تنسحب بقية الجماعة . إلّا أن الاستجابات قد تختلف من فرد لآخر. ويختلف المعالجون فى مقدار تدخلاتهم. فالبعض قد لا يتدخل بصورة ظاهرة ، ويترك الحرية للعملاء فى تقرير ما يريدون بأنفسهم . ويفضل البعض الآخر أن يكون أكثر نشاطاً ، فيوجه الخطاب مباشرة للعضو « غير العامل » أو « المنسحب » ، كأن يقول مثلاً : « يا فلان ، هل هناك ما تود أن تقوله ؟ » أو « يا فلانة ، يبدو أنك دائماً تنظرين بعيداً حين يبدأ فلان فى العمل » . ويشجع المعالج التفاعل والانفتاح وبناء الثقة المتبادلة من غير مجاملات . ومن الممكن مثلاً أن يعبر الأعضاء عن مشاعرهم بعبارات مثل « إننى أحس بميل نحوك » أو « لا أحب ما تعمله » . ويستخدم هارمان ما أسماه كارل شارلتون « البؤرة المزدوجة » dual focus ، وهو أسلوب يجمع بين العملية الجماعية وقوة العمل الفردى داخل الجماعة . ولا يشجع المعالج

عضو على إسداء النصح للأعضاء الآخرين أو أن يوجه تعليمات أو أسئلة وذلك بقصد عدم تشجيع الطرق اللاإتصالية للتفاعل . فالقول مثلاً : « لماذا فعلت ذلك ؟ » يكون غالباً غطاء لقول « لا أحب ما فعلت » . واستخدام الجماعة تجريبياً بوصفه جزءاً من « عمل » العضو يحول الجماعة إلى معمل لتجريب سلوك جديد . فإذا اشتكى عضو ذكر مثلاً من أنه يجد صعوبة فى التحدث إلى النساء وعبر عن رغبته فى أن « يعمل على هذا الموضوع » ، فإنه يمكن أن يطلب منه أن يقول شيئاً لكل عضو أنثى فى الجماعة ، وأن يعى نفسه حين يقوم بهذا العمل . أو قد يطلب منه أن يقول شيئاً لكل عضو فى الجماعة ذكراً أو أنثى ، وأن يعى بنفسه الفرق بين الأمرين . وقد يرغب الأعضاء أثناء ذلك أو بعده فى تقديم إرجاع أثر « للعامل » . وفى ذلك خبرة تعليمية قوية وبخاصة حين يكتشف العضو أنه يمكن أن يتحدث إلى النساء . ولا يتحتم أن تشمل التجارب الأعضاء الآخرين ولا يجب أن تكون إجبارية . فالعضو يدعى إليها ولكنه لا يرغم عليها . ولا يجب أن تكون مخططة مسبقاً على أساس توقعات معينة ، كما أنها يمكن أن تشمل كل جوانب الحياة . وهى دائماً تعبير سلوكى عن شيء وليست مجرد « معرفية » بخبرة داخلية .

وقد صنف بولستر وبولستز (فى ١٢ ، ص ٢٣١) التجارب إلى خمسة أنواع :

١ – التمثيل **enactment** : وهو يفيد فى العمل فى المواقف غير الكاملة فى حياة الشخص ويساعده على كسب منظور جديد والتخلص من سلوك قديم . ويفيد استخدامه فى التعامل مع الثنائيات مثل القوة والضعف . فمثلاً ، قد يمثل المريض حواراً يلعب فيه أدوار القوة والضعف معاً .

٢ – السلوك الموجه **directed behavior** : ويستخدم للمبالغة فى سلوك معين وتكثيفه . فمثلاً ، قد يطلب من عضو يتسم حديثه بالرتابة أن يتحدث بصورة أكثر رتابة .

٣ – الأخيلة **fantasy** : وتستخدم بديلاً حين تستحيل خبرة شيء بصورة مباشرة . فمثلاً ، إذا اشتكت عضوة بأنه لم يحدث أبداً أن استمتعت بشيء فى الحياة ، فقد يطلب منها المعالج أن تتخيل هذه المتعة وأن تشركه معها .

وقد تستجيب بقولها أنها استمتعت بمشاركة المعالج فى إعداد وليمة فاخرة . وقد يزد المعالج بأنه استمتع بصحبتها إلى حفل موسيقى .

٤ – الأحلام : وهى طبقاً لفريتز بيرلز إسقاط ، وكل شىء فى الحلم جزء من صاحب الحلم . ويوجه المعالج المريض إلى استعادة وجود becoming الأجزاء المختلفة من الحلم بحيث تصبح جزءاً من الذات . فإذا احتوى الحلم مثلاً على شجرة ، فإنه يمكن لصاحب الحلم أن يمتلك خصائصها مثل الثبات والاستقامة ، إلخ .. وقد يعالج الحلم بوصفه تفكيراً وتأملاً تراجعياً retroflection ، وبخاصة إذا حدث قبل الجلسة أو بعدها بيوم . فمثلاً ، إذا كان موضوع الحلم يشمل القتل والعنف ، فإنه يمكن استطلاع العدائية أو الغضب نحو المعالج . ويستخدم زنكر الحلم بوصفه مسرحاً يلعب فى صورة سيكودراما ويمثل الأعضاء أجزاء من الحلم .

٥ – الواجب المنزلى home work : وهو يصمم لمواجهة حاجات العضو المعين . فمثلاً ، إذا عبر عضو عن رغبته فى الانفتاح التام على الجماعة لأنه يحس بأنه لا طعم للحياة وأن الناس يتجنبونه ، فقد يطلب منه المعالج أن يحاول خلال الأسبوع القادم أن يجرب « المحافظة على سر » ، وأنه قد يذكر لبعض أصدقائه أن لديه سراً . وقد يقرر فى الاجتماع التالى أنه يشعر بحيوية لمجرد أن لديه سراً .

وتحقق التجارب الأغراض التالية :

١ – توسيع محصول الفرد من السلوك .

٢ – خلق الظروف التى يرى الفرد نفسه فيها بأنه نتاج خلقه هو .

٣ – استثارة التعلم الخبروى وتنمية مفاهيم جديدة عن الذات من الخلق السلوكى .

٤ – إكمال المواقف الناقصة ، والتغلب على عوائق دورة الوعى – الإثارة – الاتصال .

٥ – تكامل الفهم مع التعبير الحركى .

٦ - الكشف عن الاستقطابات البعيدة عن الوعى .

٧ - استثارة التكامل بين القوى المتصارعة فى الشخصية .

٨ - هز المشاعر والأفكار والأفعال من مكانها غير الصحيح إلى مكانها الصحيح فى الشخصية .

٩ - استثارة الظروف التى يمكن فيها للشخص أن يشعر وأن يفعل وأن يكون أكثر كفاءة وأكثر اعتماداً على ذاته وأكثر كشفاً واستطلاعاً ومسئولية عن ذاته وكلها لتنمية الوعى .

أما الاتصال ، فإنه يقصد به الاعتراف بالآخر مع الاحتفاظ فى نفس الوقت بالاحساس بالذات ، ومن خلاله يصبح من المتعذر تجنب التغير ، لأن الشخص بعد الاتصال يتمثل شيئاً جديداً ، وبذلك يتغير . مثال ذلك حالة الشاب الذى سبق الإشارة إليه ، والذى كان يشكو من أنه لا يستطيع التحدث إلى النساء . فقد قرر بعد توجيه الكلام للنساء فى جماعته أنه قد تغير . ويتدخل الأعضاء فى الاتصال بطرق عديدة منها التحريف deflection والإسقاط والاستدماج والتأمل التراجعى والتأثير المشارك confluence . ففى الإسقاط مثلاً ، قد تقول عضوة بأنها تعلم تماماً أن شخصين آخرين فى الجماعة لا يحبانها رغم كل ما يقول هذان الشخصان على عكس ذلك . وحين تساءل المعالج كيف تعرف أنهما يكرهانها ، ارتبكت ، فطلب منها المعالج أن تقوله لهما : « إننى أكرهكما » ، أى عكس ما تتهمها به . وبعد تردد نطقيت بهذه الجملة ، ثم اندفعت إلى ذكر كل ما لا تحبه فيهما . ونيتجة لهذا الاتصال ، فإنها حين طلب منها أن « تلعب الدور » وأن تقول لنفسها كل ما قالته للشخصين الآخرين ، وبعد أن فعلت ذلك انفجرت قائلة : « نعم هذه هى الأشياء التى أكرهها فى نفسى » ، أى أنها استعادت ملكية ما أسقطته على الشخصين الآخرين مما أدى إلى تقوية هويتها الذاتية وسمح لها بالاتصال بطريقة إيجابية .

وفى التحريف ، يحاول الشخص أن يبعد عن الاتصال عن طريق تجاهل كل محاولات الاتصال معه ، مما يضعف تأثير الآخرين عليه ويمتص الحيوية من استجاباته . وفى الجماعة تكون محاولات التحريف غير ملائمة . فمثلاً ، عبر رجل طلق زوجته حديثاً ، عن الحزن الذى يشعر به فى كل مرة يزور فيها أطفاله ،

فانهال علية الأعضاء بأسئلة عن عددهم وأعمارهم ومرات زيارته لهم . كل ذلك تحريف يبعد الجميع عن المشاعر المعبر عنها .

وفى عملية الاستدماج ، يستدمج الناس الاعتقادات والقيم والمشاعر من الآخرين . ولكن هذه المواد لا تمثل ، بل تبقى أجزاء غير متكاملة مع الشخصية ، فيقرر الشخص أنه يخبر شيئاً غريباً سطحياً وآلياً وأنه لا يشعر بأنه قريب من الآخرين . ولذلك ، فإن الاستدماج لا ينتج اتصالاً ضعيفاً ، لأنه لا يجعل من الصعب التمييز بين ما هو « أنا » وما « ليس أنا » ، كما لو أن الشخص قد أخذ الكثير من غيره بحيث لم تصبح له هوية ذاتية . ويتعرف المعالجون على « المستدمجين » من خلال مسايرتهم ، فهم مستعدون للتجريب ولكنهم لا يفيدون كثيراً منه . ويجب أن يتجنب المعالج اسداء النصح لهم ، ولكن يحاول مساعدتهم على توضيح الحدود بين الذات والآخر . فمثلاً ، قد يطلب من الفرد أن يقف فى وسط الجماعة ، ثم يجلس ويعيد هذا الطلب منه عدة مرات إلى أن يثور ويرفض . وتسمح مثل هذه التجربة بالقيام باختيار وأن يخبر هوية الذات وأن يستخدم « أنا » فى حديثه .

أما « التأمل التراجعى » ، فهو أن نفعل لأنفسنا ما نريد أن نفعله للآخرين . وهو يعوق الاتصال أو على أحسن تقدير يسمح بالاتصال بالذات . ويشكو الفرد من الصداع أو اضطراب المعدة ، إلخ .. والوعى ضرورى للتخلص من التفكير التراجعى ، ولكى يوجه الفرد طاقته إلى الخارج فى صورة فعل . ويجب أن يعى الفرد أنه من خلال الفعل التراجعى فإنه يريد أن يحس بالتوتر أو أن يعتصر نفسه أو يعتصر الآخرين فى الجماعة . وحين يكتشف ذلك يمكن أن يتحرر منه .

ويعنى « التأثير المشارك » الاتفاق على عدم الاختلاف ، وهو يعوق الاحساس بالهوية الذاتية ويحول دون ظهور شىء جديد ، ويضعف خبرة الاستثارة بالعلاقات مع الآخرين . وهو ينتشر فى الجماعات اللاقيادية أو جماعات استثارة الشعور . فحين تشكو عضوة مثلاً بأنها تعانى من الإجحاف فى عملها ، يبدأ الأعضاء الآخرون فى الجماعة كما لو كانوا هم أيضاً يعانون من نفس الإجحاف . وعلاج ذلك هو تعيين قائد للجماعة يحتفظ بمسافة من هذه العملية ويشير إليها فى

الجماعة . ويمكن التنبه إلى الأشخاص فى تأثير مشارك عن طريق مشاعر الذنب والضيق لديهم . فإذا كان رجل وزوجته فى مثل هذه العلاقة ، فإن الزوج مثلاً إذا حاول وقف هذه العملية ، فإنه قد يحس بالذنب . ويمكن أن تساعد الجماعة مثل هؤلاء الأفراد عن طريق الكشف عن الفروق بينهم .

المعالج الجشتالتى :

وفى العلاج الجشتالتى من المهم أن يكون المعالج « واعياً » حتى لا يعوق نقص الوعى لديه التطور الطبيعى للجماعة . وقد يقرر المعالج أن الكشف عن وعيه قد لا يفيد الجماعة ، ولذلك فهو « يقوس » وعيه الشخصى أو يؤجله إلى لحظة مناسبة . فإذا لم يكن المعالج واعياً ، فإنه قد يعوق تطور الجماعة عن طريق تدخلاته . ومن المفيد أحياناً أن يراجع المعالج مع أعضاء الجماعة (بعد ست إلى عشرة جلسات مثلاً) مدى تحقق أهداف العضو من انضمامه للجماعة . وقد يترتب على ذلك الكشف عن أسلوب للمساعدة فى تحقيق الهدف . فمثلاً ، قد ينضم زوج إلى الجماعة ليتعلم التعبير كى يساعده هذا التعلم على أن يقيم علاقة حميمة مع زوجته ، ولكنه يشكو من أنه لم يستفد . قد يلاحظ المعالج أن العميل لم ينطق حرفاً واحداً فى الجلسات وقد يشعر أن ذلك ربما يرجع إلى أنه ينتظر اللحظة المناسبة ، فيطلب منه المعالج أن يجرب الحديث فى أوقات وفى موضوعات غير ملائمة .

وبالطبع ، يمكن تغيير الأهداف والتعاقد . والأهداف هى ما يريده العميل ، بينما العقد هو المشكلات المحددة التى يوافق المعالج على العمل فيها فى لحظة معينة . ويندر أن تكون لدى المعالج الجشتالتى فكرة مبرمجة عما يريد حدوثه فى الجماعة مسبقا ، ولكنه يفضل أن يبقى مع الجشتالت البازغ سواء كان فردياً أو جماعياً . وتسمى هذه القدرة على متابعة موضوع وتطويره فى الجلسة : متابعة المسار tracking . ويسهم ذلك فى أن يظل العمل دائماً على أساس فنمنولوجية الفرد أو الجماعة بدلاً من أن يقوم على أساس تفسير أو نصائح . وإذا كان هناك معالج مشارك ، فمن الأفضل ألا يكون كل منهما نسخة من الآخر من حيث الطراز . كما أنه من الضرورى أن يكون المعالجان على تفاهم منذ البداية .

العلاج الجشتالتى والمناهج الأخرى

يصنف كمبلر (١٤ ، ص٢٦١) العلاج الجشتالتى فى إطار الفكر الوجودى بجوار مناهج أخرى تحث على الوعى بما هو مباشر وحاضر . وهى المناهج التى تستثير الانتباه إلى ما يحدث وتتطلب نشاطاً متزايداً ومشاركة من جانب المعالج فى عملية العلاج النفسى ، إلّا أن العلاج الجشتالتى يتميز عن غيره من المناهج الوجوذية فى التطبيق . ويرى كمبلر أن الفروق النظرية عديمة المعنى . فقد يختلف البعض فى معالجة القضايا النظرية ، ولكنهم يعملون بنفس الأسلوب ، بينما قد يختلف أسلوب عمل من يبدو أنهم متفقون نظرياً .

ويختلف العلاج الجشتالتى اختلافاً كبيراً عن المناهج الأخرى فى تمييزه الحاد بين الوعى والخبرة . ويتطلب ذلك فى الممارسة الفعلية التعبير النشط عما عليه الفرد ، وليس وصفاً له مهما كان الأمر حديثاً . فمثلاً ، لا يقبل قوله مثل : « أشعر بالحزن » لأن ذلك وعى وليس خبرة . والخبرة بذلك الحزن فى أكمل طريقة ممكنة هى هدف العلاج الجشتالتى : ذلك أنه فى ذلك الوقت فقط يمكن الحصول علي تغييرات نوعية ، فأثناء البكاء مثلاً ، لا يكون الفرد واعياً بالآن المباشر ، أى أن البكاء هو خلق لوعى آخر . ومحور الجهد العلاجى هو الخبرة وينتج عنها الوعى ، وهو أحياناً شعورى ، ولكنه غالباً ليس كذلك ، وجعل الوعي شعورياً أمر قليل الأهمية فى العلاج الحقيقى ، ذلك أن الخبرة سوف يكون لها تأثيرها ، وتنمية وعى شعورى هو نشاط اختيارى . وقد يستخدم الشرح أو الوصف فى حالات نادرة ، ولكنهما حتى فى هذه الحالات يستخدمان لإذكاء خبرة وليس لوصفها .

وينزع العلاج الوجودى داخل ميدان العلاج النفسى إلى التركيز على ظاهرة الوجود المباشر للإنسان بطريقتين تختلفان فى تقدير كمبلر (١٤ ، ص٢٦٣) عن العلاج الجشتالتى . الاختلاف الأول هو أن العلاج النفسى الوجودى يركز أساساً على الخبرة الداخلية للشخص بينما يحتفظ العلاج الجشتالتى بوضع مركزى للظاهرة المباشرة الحالية للمريض وللمعالج ، ومن هذه النقطة يتم

تناول الخبرات الداخلية . والاختلاف الثانى هو أن العلاج النفسى الوجودى يتحدث باللغة الوجودية أكثر مما يتحدث بها العلاج الجشتالتى ، فيفسر عالم الإنسان فى إطار وجودى وباستخدام مصطلحات وجودية ، ويناقش ذلك مع المريض ، بينما نجد فى العلاج الجشتالتى أن المشروع من أى نوع يتنحى جانباً فى سبيل خلق خبرات تزيد من وعى الإنسان بوجوده . ويرى كمبلر أن العلاج الوجودى يشبه بقدر أكبر التحليل النفسى التقليدى فى الفعل ويكتفى بتغيير الأسماء والتواريخ .

وتتفق السيكودراما مع العلاج الجشتالتى على قيمة إجراءات لعب الأدوار لمساعدة الناس على التخفف من اسقاطاتهم بوصفه خطوة أولى . ولكن العلاج الجشتالتى يرى أن هذه الخبرات إضافة مفيدة لعملية العلاج ، بينما يبدو أن السيكودراما تعتبرها معادلة لعملية العلاج . ويعتبر العلاج الجشتالتى العلاقة الحقيقية بين المعالج والمريض محور عملية العلاج ، ويحذر بشدة ضد استخدام تكتيكات قد تخفى الهوية الحقيقية للمعالج لدى المريض . وقد يغرى لعب الأدوار المعالج على إخفاء استجابته الشخصية ، ولذلك فإن المعالج الجشتالتى يعتبر لعب الأدوار إضافة قيمة لعملية العلاج ، ولكنه لا يعتبر طريقة للعلاج .

ونتيجة لاهتمام العلاج الجشتالتى بالخبرة ، فقد يخلط البعض بينه وبين العلاج السلوكى ، إلّا أنه لا توجد فى تقدير كمبلر علاقة بين المنهجين . فبالرغم من أن السلوكيين يختزلون الإنسان إلى خبرات ، إلّا أنهم ضيقوا مفهوم الخبرات إلى أفعال عكسية ميكانيكية وافتقدوا جوهر الكائن الإنسانى . ويزعم بعض السلوكيين أنهم يربطون برمجة الفعل المنعكس بالسيكوديناميات ، ولكنهم يفعلون ذلك فى صياغة قبتصورية لا تزال تختزل الإنسان إلى مادة ميكانيكية . فهم يقصرون اهتمامهم على الطابع العضوى للإنسان ، ويرون أن ذلك هو الإنسان بدلاً من رؤية الإنسان بوصفه ظاهرة تتمثل جزئياً فقط فى طابعه العضوى . ولكن العلاج الجشتالتى يركز على الظاهرة العضوية العرضية بوصفها نقطة بداية فقط ، وهم يفضلون الانطلاق الحر إلى الظاهرة المباشرة التى يخلقها المعالج والمريض ، بينما يخضع السلوكيون للعقلية الميكانيكية السائدة فى حضارة صناعية . وقد يتشابه الإنسان والآلة ، إلّا أنهما لا يمكن أن يكونا نفس الشيء . وهذه الفروق فى المفاهيم بين السلوكيين والجشتالتيين هى فروق جوهرية .

ويختلف العلاج الجشتالتي عن التحليل النفسي في أنه يهتم بالماضي أو بالشرح أو التفسير . فهذه كلها هي نتاج العلاج وليست محوراً رئيسياً له . والمريض يفهم ذاته فهماً أحسن نتيجة للعلاج بفعل خبرته في العلاج . ولا يقدم شرح أو تفسير احتراماً للمريض الذى لا يفترض المعالج أنه يعرف عنه أكثر مما يعرف هو عن نفسه .

ويختلف العلاج الجشتالتي عن العلاج عن طريق التحليل العبر - تفاعلى ، فى أن التفسير عامل هام فى الثانى بينما يفضل الأول الخبرة . ويرى العلاج الجشتالتي أن حديث المريض فى العلاج عن طريق التحليل العبر – تفاعلى – عن « الطفل » أو « الوالد » أو الراشد ، يبدو كما لو أنه ليس هو الذى يتحدث ، وليس هو الذى يفعل شيئاً ، بل هو « الوالد » أو « الطفل » الذى يتحدث أو يفعل . وفى ذلك ما يدعم الانقسام والتجزئة . كما أن تأكيد العلاج العبر – تفاعلى على أن المريض « يجب » أن يكون راشداً خطأ ، إذ يتعارض مع مبدأ التكامل والتحرر من « يجب » .

وإذا كان يعتقد فى العلاج العقلانى – الانفعالى أن ما نقوله لأنفسنا يؤثر فيما نشعر به ، فإن ذلك اعتقاد ناقص فى إطار العلاج الجشتالتي الذى يعتقد أن ما نشعر به يؤثر أيضاً بصرياً وحركياً . وليس من المجدى محاولة إقناع المريض بلا عقلانية اعتقاده . ومن قواعد العلاج الجشتالتي العمل مع المريض « حيث هو » .

الفصل التاسع

التحليل العبر – تفاعلى

تعـريـف :

التحليل – العبر تفاعلى transactional analysis هو الاسم الذى يطلق على منهج فى العلاج النفسى التفاعلى ، ترتبط مفاهيمه وأساليبه ارتباطاً وثيقاً عضوياً وأصيلاً بالموقف الجماعى ويتوجه إلى الحصول على أكبر قدر من الفائدة من العلاج الجماعى . وقد ابتكر هذا المنهج إيريك بيرن Eric Berne فى الفترة ما بين ١٩٥٠ وحتى وفاته عام ١٩٧٠ ، ويشتمل على نظرية فى تنظيم الشخصية تمارس من خلال عملية التحليل البنيوى ، وتكملها نظرية فى التفاعل الإنسانى من خلال التحليل العبر – تفاعلى . والهدف هو الوصول إلى مستوى من الوعى يمكن الشخص تحت العلاج من اتخاذ قرارات جديدة تتصل بسلوكه وبمجرى حياته فى المستقبل (١٣ ، ص ٣٥٣) .

التـاريـخ :

يرجع هولاند (١٣ ، ص ٣٥٣) الفكرة الأساسية فى التحليل البنيوى إلى التاريخ القديم ابتداءً من أول تسجيل للفكر المرتبط بالإنسان . وهذه الفكرة هى أن الشخص قد يعمل من خلال مراكز مختلفة للشخصية أو « حالات أنا » personality centers or ego states . فمنذ الأزل والإنسان يعتقد أن هناك ثنائية أو تعددية فى القوى التى توجهه نحو ذاته ونحو الآخرين . وغالباً ما يعبر عن ذلك فى صورة ثنائية مبسطة من جانب أعلى أو أسمى من الإنسان فى صراع مع جانب أدنى مرتبة . وتظهر هذه الثنائية فى الدين فى صورة قوى الخير فى صراع مع قوى الشر . وتبدو نظرية بيرن فى الحالات الأولية الثلاث للأنا نظرية ثورية فى مقابل استمرار التفسير الثنائى لطبيعة الإنسان على مر العصور ، وذلك على الرغم

من أن فرويد قد سبق وافترض ثلاث وظائف للشخصية هى : الهو ، والأنا ، والأنا الأعلى .

ويعالج التحليل العبر – تفاعلى أيضاً فكرة قديمة للإنسان عن ذاته وهى فكرته عن القدر المحتوم ، وهى فكرة ظهرت فى الأساطير الإغريقية فى صورة « إلهة الضرورة » – (آنانك) Anank, the Goddess of Necessity . وهذه الفكرة متضمنة فى نظرية النص script theory فى التحليل العبر – تفاعلى . وهى تتضمن أن كل شخص فى البداية المبكرة لحياته يصمم خطة حياة لذاته يجاهد لتحقيقها بعد ذلك فى صورة حوازية ودون معرفة unknowing . وحيث أن الفعل فى هذا النص ، يمكن أن ينفذ بعد أن يرسم رسماً ملائماً ، وبعد أن يتوفر الدافع من خلال خطة racket و « لعبة » game تساند الخطة ، فإن معظم جهود الشخص خلال حياته ترتبط إن لم تتحدد بالنص .

فرويد : أوضح بيرن فى كتابه الأول « التحليل العبر – تفاعلى » أنه بعد ١٥ عاماً من الانخراط فى حركة التحليل النفسى ، قرر رسمياً الانفصال عنها كما ينفصل الصديقان على ود ، وذلك قبل ظهور كتابه بسنوات قليلة ، كما أوضح فى نفس الكتاب أن آراءه فى وظيفة الأنا كانت أقرب إلى آراء بول فيدرن من آراء غالبية المحللين الأرثوذكسيين ، ولكنه ظل على ود مع التحليل النفسى ، كما أنه أشار إلى إمكانية التقارب بين التحليل النفسى والتحليل العبر – تفاعلى (١٣ ، ص ٣٥٤) . وفى تقدير بيرن ، يتمثل هذا التقارب أكثر ما يتمثل فى كتابات فيربرن Fairbairn بعنوان : « نظرية فى الشخصية عن علاقات الموضوع » . ذلك أن من أهم الفقرات الأساسية فى تحليل « النص » « موقف حياة الشخص » person's life position وينظر فى التحليل العبر – تفاعلى إلى « موقف الحياة » بوصف أنه هو ما يخلص إليه الشخص بالنسبة لما هو « طيب » له his own "Okness" ؛ وما هو « طيب » للآخرين Okness of others ، وذلك على أساس السنين القليلة الأولى من خبراته فى الحياة .

وهناك أربع نتائج أساسية يمكن أن يخلص إليها الشخص ، ابتداءً من النتيجة رقم (١) وهى : « أنا طيب وأنت طيب » (I'm Ok, you are Ok) إلى النتيجة رقم (٤) وهى « أنا غير طيب وأنت غير طيب » . ويحدد « موقف الحياة » الإطار

العام أو الموضوع theme العام فى « النص » ، بما فى ذلك أى صورة من صور الذهان . سوف تنشأ إذا تطلب النص نتيجة سيكوباثولوجية . وتتشابه هذه النظرية فى مواقف الحياة مع النظرية التى سبق وأن صاغها إيان سوتى فى كتابه « أصول الحب والكراهية » والذى صدر عام ١٩٣٥ ، بالرغم من عدم وجود ما يشير إلى تأثر بيرن به .

آدلر : يتشابه مفهوم-بيرن فى « نص الحياة » مع مفهوم آدلر فى « طراز الحياة » style of life . وهو مفهوم عام يشتمل بالإضافة إلى الهدف على رأى الفرد فى ذاته وفى العالم من حوله ، كما يشتمل على الأسلوب الفريد للفرد فى محاولته تحقيق الهدف من موقفه المعين الخاص ، بينما يعرف « نص الحياة » بأنه « خطة حياة تشتمل فى خطوطها على الأحداث الهامة ذات الدلالة التى سوف تقع للشخص ، أى خطة تتبع أصولها فى المراحل الأولى المبكرة فى الحياة فى قرار فطير للحدث » (١٣ ، ص ٣٥٤) .

يونج : يتشابه مفهوم بيرن فى حالات الأنا مع مفهوم يونج فى « الأنماط الغابرة » archetypes . فمثلاً ، مفهوم البرسونا (القناع الذى يعيش خلفه معظم الناس) عند يونج يتشابه مع حالة الأنا عند بيرن التى يسميها « الطفل المتوائم » Adapted child . ويتشابه مفهوم « الظل » shadow (الكائن الأدنى فى الذات والذى يريد أن يفعل كل ما لا نسمح لأنفسنا به) مع حالة الأنا التى يسميها بيرن « الطفل الطبيعى » Natural Child . وهكذا ، يتشابه الأنيموس animus عند يونج مع حالة الأنا التى يسميها بيرن « الوالدية الذكرية » male parental ، ويتشابه الأنيما anima عند يونج مع « الوالدية الأنثوية » .

وأخيراً ، يقر بيرن بفضل أستاذيه بنفيلد ، وفيدرن عليه ، كما يقر بفضل آخرين كثيرين مثل يوجين كان ، وإريك أريكسون وناثان آكرمان وغيرهم .

البـدايات :

يذكر بيرن أن صياغته لنظريته بدأت خلال عمله فى مستشفى عسكرى خلال الحرب العالمية الثانية ، وقد كان تعاطى الخمور محرماً فى الثكنات ، ونتيجة لذلك كان الجنود يلجأون إلى شراء كميات كبيرة من المواد الكحولية المستخدمة

فى الحلاقة ، وإخفائها فى أماكن مختلفة إلى أن تحين الفرصة المناسبة لتعاطيها . وكانت القيادة تلجأ إلى تفتيش الأسرة يومياً بحثاً عن الكحوليات المهربة . وقد فكر بيرن فى دعوة الجنود إلى اجتماع عام تناقش فيه مضار تعاطى هذا النوع من الكحوليات . وقد أقبل الجنود على هذه الاجتماعات ، وطالبوا بعقدها يومياً . وهكذا ، بدأت فكرة العلاج الجماعى تنال قبولاً من جانب القيادة . ثم واصل بيرن محاولاته فى هذا المجال خلال عمله مع جماعات من المدنيين فى مستشفى فى اوجدن بولاية يوتا ، وذلك خلال العامين الأخيرين من عمله فى الجيش الأمريكى (١٩٤٥ – ١٩٤٦) . وقد ظهرت أول محاولة لبيرن لتمييز حالات الأنا « الوالد » و « الطفل » و « الراشد » باستخدام الأسلوب الذى أسماه « التحليل البنيوى » structural analysis فى مقال له نشر عام ١٩٥٧ فى المجلة الأمريكية للعلاج النفسى . وفى نوفمبر ١٩٥٧ ، قدم بيرن ورقة فى اجتماع الشعبة الغربية للجمعية الأمريكية للعلاج النفسى الجماعى فى لوس أنجلوس كان عنوانها « التحليل العبر – تفاعلى : طريقة جديدة وفعالة فى العلاج الجماعى » . وكان لتكوين حلقات البحث التى أدارها بيرن فى كارمل وسان فرانسسكو ، الفضل الكبير فى تنمية النظرية وترويجها .

أكمل بيرن دراسته فى الطب فى جامعة ماكجيل فى كندا عام ١٩٣٥ ، وواصل دراسة الطب النفسى بوصفه زميلاً مقيماً فى جامعة ييل بأمريكا من عام ١٩٣٦ إلى عام ١٩٤١ حين عين مساعداً أكلينيكاً فى مستشفى مونت زيون فى نيويورك . وفى نفس الوقت بدأ تدريبه فى التحليل النفسى فى معهد التحليل النفسى فى نيويورك على يدى بول فيدرن ، والتحق طبيباً نفسياً فى الجيش ، وخدم فى عدة أماكن فى الفترة من ١٩٤٣ إلى ١٩٤٦ . وقد بدأ فى هذه الفترة عمله مع جماعات المرضى من العسكريين والمدنيين . وبعد انتهاء خدمته فى الجيش ، استقر بيرن فى كارميل فى كاليفورنيا ، واستأنف تدريبه فى التحليل النفسى فى معهد سان فرانسسكو للتحليل النفسى ، على يدى إريك إريكسون ، ولكنه اتهم بأنه غير متعاون ، ورفض طلبه لعضوية معهد التحليل النفسى عام ١٩٥٦ . وقد أقر بيرن بصحة الاتهام وأعلن رسمياً انفصاله عن التحليل النفسى ، وتقديمه لنظريته والعمل على تنميتها حتى وفاته المبكرة فى ١٥ يوليو ١٩٧٠ .

وقد كتب بيرن عدداً من الكتب ونشر الكثير من البحوث وأشرف على تحرير نشرة التحليل العبر – تفاعلى ، والتحق مستشاراً لعدد من المستشفيات ومحاضراً فى عدد من الجامعات . ويرجع الكثير من الفضل فى شيوع نظريته إلى شعبية كتابه « المباريات التى يلعبها الناس » (١٩٤٦) Games People Play . وتمثل محاولات بيرن المتواضعة لنشر نظريته فى المجال المهنى فى الحلقة الدراسية فى كارمل ثم فى سان فرانسسكو ، وهى التى اتخذت طابعاً رسمياً عند تسجيلها بوصفها مؤسسة تعليمية لا تسعى للربح فى مايو ١٩٦٠ . وفى ٢٠ أكتوبر ١٩٦٤ ، تأسست الرابطة الدولية للتحليل العبر – تفاعلى (ITAA) ومركزها الحالى فى بيركلى بكاليفورنيا ، وهى الرابطة التى تتولى اعتماد شهادات العضوية ونشر مجلة « التحليل العبر – تفاعلى » وأعتماد الروابط الفرعية فى أمريكا وخارجها وتنظيم المؤتمر الصيفى السنوى والمؤتمرات التكميلية فى الشتاء . وهناك أربعة مستويات من العضوية : العضو المنتسب .Associate M ، والعضو النظامى .Regular M ، والعضو الاكلينيكى .Clinical M ، والعضو المدرس .Teaching M ، وتقنن الرابطة الدولية مواصفات هذه المستويات وشروط استيفاء عضوية كل منها ، بما فى ذلك الخبرات والامتحانات (١٣ ، ص ٣٥٥) .

النظـــرية

المفاهيم الأساسية :

ينظر التحليل العبر – تفاعلى إلى الدافعية نظرة تختلف عن نظرة معظم المناهج العلاجية . فبالإضافة إلى البواعث البيولوجية الأصل والمرتبطة بالبقاء ، فإن التحليل العبر – تفاعلى ينزع إلى تأكيد الحاجات الإنسانية التى ترتبط ارتباطاً مباشراً أكثر من غيرها بالسلوك اليومى الملحوظ . وتشمل هذه الحاجات : الحاجة إلى الملاطفة stroke hunger ؛ الحاجة إلى التحديد البنيوى structure hunger ؛ الحاجة إلى الاستثارة excitement hunger ؛ الحاجة إلى التقدير recognition hunger ؛ والحاجة إلى القيادة leadership hunger .

وترجع الحاجة إلى الملاطفة إلى حاجة الطفل الأصلية إلى الاتصال ، وإلى أن تحتضنه أمه وإلى أن يوليه الآخرون الاهتمام والرعاية . وتخف شدة هذه الحاجة بمرور السنين وحتى الكهولة ، وفيها تلاحظ حاجة المسن إلى الرعاية سواء تضمن ذلك اتصالاً بدنياً أم لا ، إذ يكفى بعض الوقت وبعض الاهتمام من جانب شخص آخر لإشباع هذه الحاجة . ولكن تبقى حرارة الجسم الإنسانى خلال الحياة ، الصورة الأعلى قيمة من صورة إشباع هذه الحاجة .

وعلى الطرف الآخر المضاد من هذه الحاجة ، توجد الحاجة إلى التقدير . ويمكن إشباعها ببساطة عن طريق تلقى الاعتراف من جانب الآخرين بوجود الفرد بصور عديدة قد تتراوح من مجرد إلقاء التحية : « كيف حالك ؟ » أو التحيات التى تمارس فى بعض المجتمعات البدائية ، ومنها : « إننى أراك » أو « إننى أشم رائحتك » . وهكذا ، فإن الاتصال والملاطفة والتقدير تشكل متصلاً يمثل جوانب مختلفة من حاجة إنسانية أساسية هى : حاجة الشخص إلى الآخرين .

- وتتمثل الحاجة إلى التحديد البنيوى فى مشكلة تواجه الإنسان منذ وجوده ، وهى : « ماذا يفعل خلال ٢٤ ساعة فى اليوم أو ١٦٨ ساعة فى الأسبوع ؟ » قد يقضى الإنسان وقته فى أداء الوظائف البيولوجية مثل الأكل والنوم والسعى إلى ضمان ما يلزم للبقاء من طعام ومسكن وملبس ، إلخ .. ولكن معظم الناس فى معظم المجتمعات يتوفر لديهم وقت فائض يتعين أن يُملأ بطريقة ما ، وقد يكون ذلك من خلال أنشطة فنية وثقافية أو ممارسة طقوس دينية أو أداء واجبات اجتماعية . وترتبط الحاجة إلى التحديد البنيوى بالحاجة إلى القيادة ، حيث أن جانباً هاماً من القيادة يتمثل فى القدرة على مساعدة الآخرين فى تحديد بنية الوقت المتوفر لديهم . وأعلى القادة قيمة هم من يتسمون بالفعالية فى توجيه غيرهم لتحديد بنية أوقاتهم بصورة تتسم بالتسلية والاستثارة .

ويشير مفهوم الحاجة إلى الاستثارة إلى أنه إذا تساوت الظروف الأخرى ، فإن أكثر الطرق تفضيلاً فى تحديد بنية الوقت هى تلك التى تكون أكثر استثارة ، وبالعكس فإن أقلها تفضيلا هى تلك التى تتضمن أقل قدر من الاستثارة مثل

الحجز الانفرادى أو تتضمن أقل قدر من التنبيه مثل مواقف الحرمان الحسى . وهذه المواقف التى استخدمت خلال العصور لتوقيع أقسى العقوبات أو لخفض مستوى الروح المعنوية ، ومنها ما يمارس تمهيداً لعملية « غسيل المخ » .

وهكذا فإن التحليل العبر – تفاعلى ينظر إلى السلوك الإنسانى على أن قدراً كبيراً منه يوجه إلى تحديد بنية الوقت بطرق مسلية أو مثيرة ، وللسعى وراء قيادة من الآخرين لتوجيه هذه البنية . وقد تحدد بنية الوقت فى محاولة الحصول على الملاطفة stroke من الآخرين . ويتراوح ذلك من مجرد التقدير عن طريق التحية إلى الطقوس والمباريات (بالمعنى المقصود فى التحليل العبر – تفاعلى) ، والاتصال الشخصى الوثيق والتقارب البدنى من الآخرين . وتولى نظرية التحليل العبر – تفاعلى اهتماماً جدياً بالحاجة إلى الاستثارة ، وذلك إلى الحد الذى دعا ستيفن. ب. كاربمان إلى صياغة نظرية الدراما فى التفاعل الإنسانى ، وإلى تقديم مفهوم « المثلث الدرامى » drama triangle (ف ١٣ ، ص ٣٦٠) .

وينظر إلى نقص الاستقلال الذاتى فى السلوك الإنسانى على أنه يرتبط بانشغال كل شخص فى « نص » script على مدى الحياة . أو فى نص مضاد بديل alternative counter script و « النص » هو خطة حياة تقرر فى مرحلة مبكرة من العمر بواسطة كل شخص بوصفه وسيلة لمقابلة حاجاته فى العالم كما يراه من منظور موقعه فى الحياة . و « موقع الحياة » هو قرار مبكر خطير precocious للفرد حول نفسه وحول الآخرين ، يتضمن التمييز البسيط بين « طيب » OK و « غير طيب » NOT OK ويأخذ صورة « أنا طيب » أو « أنا غير طيب » أو « أنت طيب » أو « أنت غير طيب » . ويحدد هذا الموقع الأساسى للحياة الإمكانات التى يراها الشخص الصغير فى عالمه ، ويقيم الحدود ، والنغمة العامة لخطة الحياة « النص » التى سوف يحاول تحقيقها من خلال حياته . ويقوم « النص المضاد » على أساس التعاليم الوالدية عن كيف يكون الشخص « طيباً » ، ويظهر أكثر ما يظهر على فترات كما يبدو فى نصوص تراجيدية أو هدامة للذات مثل « نص السكير » alcoholic .

ويرتبط الفعل فى النص بلعب المباريات ، وهى سلسلة من التفاعلات العبرية الثنائية duplex transactions تحدث على مستويين مختلفين من الاتصال

فى نفس الوقت ، وتنحو منحى غير متوقع يؤدى إلى نتيجة تتمثل فى مشاعر معينة مثل الشعور بالذنب أو الاكتئاب أو الغضب . ويشار إلى هذه المشاعر بأنها « طوابع » stamps ، لأنها تجمع كما تجمع ربات البيوت طوابع المتاجر لتوفير بعض النفقات . وتحدد نوعية المشاعر أو « الطوابع » التى يوفرها الشخص « خطته » racket ، وهكذا ، يدخر بعض الأشخاص مشاعر الاكتئاب ، فيقال أنهم منخرطون فى خطة الاكتئاب . والمباريات التى يلعبونها مع الآخرين تكون نتيجتها عادة مشاعر الاكتئاب .

كيف يجد الناس من يشترك معهم فى هذه المباريات ؟ تجيب نظرية التحليل العبر – تفاعلى ، بأن ذلك يحدث من خلال ارتباطات تمهيدية مثل « الطقوس » rituals و « التسليات » pastimes . والطقوس هى طرق موصفة رسمية للانخراط فى المواقف الاجتماعية الهامة (مثل : تقديم الأفراد بعضهم للبعض الآخر ؛ وطقوس الولادة والوفاة والزواج) بصورة تقلل من إمكانية الصراع مع الآخرين من نفس الفئة ، أى من الجماعة الداخلية in-group . ويعلم الوالدان أطفالهما هذه الطقوس التى تشكل شرطاً للقبول من قبل الجماعة الداخلية المعينة . ولن تقبل الجماعة من لا يمارس هذه الطقوس . ومن بين هؤلاء الذين يمارسون نفس الطقوس ، فإنه من المعتاد اختيار أفراد معينين منهم لقضاء وقت أطول معهم ، وهم ممن يعرفون ويمارسون نفس « التسليات » بوصفها وسيلة لتحديد بنية أوقات أطول . وهؤلاء هم من نصفهم عادة بأنهم تجمعهم اهتمامات مشتركة وأنهم اجتماعيون وظرفاء ، إلخ .. وبالتالى ، فإنه فى المناسبات الاجتماعية ، نجد أن من يشتركون فى نفس الاهتمامات يجتمعون مثلاً ليساعد كل منهم الآخر فى تحديد بنية الوقت عن طريق تبادل ما يرتبط بهذه الاهتمامات مثل الرياضة أو أنواع الطعام أو الكتب أو تربية الأطفال ، إلخ ..

و « التسليات » تتحدد عن طريق تصميمها تصميماً خاصاً للإقلال من إمكانية وقوع أحداث مثيرة واستثارة الانفعالات . وتتوفر الاستثارة والانفعالات عن طريق الانخراط فى ألعاب مع الآخرين الذين تجتذبهم هذه الألعاب أو الألعاب التكميلية . وتتضح العملية الكلية للانخراط فى لعبة من العلاقة التى يقدمها هولاند (١٣ ، ص ٣٦١) بين لاعبة فى لعبة (Rapo) ولاعب فى لعبة (Kick Me)

وهى يلتقيان فى جماعة من العزاب فى كنيسة ، ويكون كل منها انطباعاً حسناً عن الآخر (مثلاً اللباقة والأناقة ، إلخ) . وبعد أن يحتازا هذه التفاعلات الطقوسية يكتشفان أنهما يشتركان فى نفس الهواية : التجديف ، ويمكنهما ذلك من قضاء الكثير من الوقت معاً فى نادى التجديف وفى الأنشطة الاجتماعية فى الكنيسة وفى الحفلات التى ينظمها أعضاء النادى ، وبعبارة أخرى عن طريق الانخراط فى « تسليات » مقبولة من كل منهما . ومن خلال ذلك تقرر هى عن طريق نظراته وتعليقاته أنه يشعر بجاذبية جنسية نحوها ، وذلك بالرغم من أنها قد قررت بوضوح أنها لا تعتقد فى التحرر من الأخلاقيات الجنسية . ولكنها مع ذلك تتعمد الظهور بصورة مغرية فى لباس البحر الذى ترتديه عند ما يقلعان بالقارب . وذات يوم قضياه فى ممارسة هوايتهما المشتركة ، وبعد عدد من الكؤوس ، نسى صاحبنا نفسه وحاول التقرب لها جنسياً بينما كانا معاً فى مسكنها . وحينئذ سارعت صاحبتنا بتقديم « أداة التحول » gimmick or switch ، وأعلنت أنها ليست ذلك النوع من النساء ، وأنها نظراً لأنه لا يستطيع أن يسلك المسلك المناسب ، فإنها تريد إنهاء العلاقة بينهما . وهى تلتقط « طابعاً أحمر » (الغضب) بالإضافة إلى تأكيد ما تعتقده من أن « الرجال يريدون فقط شيئاً واحداً من المرأة » ، ثم هى تحاول تأكيد « موقع حياة » (أنا طيبة ، أنت غير طيب) . وهو يتلقى ضربة kick تتمثل فى « طابع بنى » (اكتئاب) يؤكد « مصير حياة » (النساء سوف ينكرن علىّ دائماً ما أريده) ، كما يؤكد موقع حياة (أنا غير طيب ، أنت طيب) . وفيما بين الطقوس التمهيدية وبين نتيجة اللعبة ، تبادل اللاعبان « الملاطفة » وساعد كل منهما الآخر فى تحديد بنية الوقت ، وأفادا من الاستثارة المتوقعة من مسرح لعبة العلاقات بينهما . وفضلاً عن ذلك ، فإن كلا منهما قد وجد عذراً جديداً أو سبباً للتخلى عن محاولاتهما الملاطفة ، ولتقديم « نص حياة » ينبع من تعاليم الوالدين بعدم التقارب من الآخرين . وهكذا ، فإنه يمكن النظر إلى محاولاتهما الحصول على التقارب البدنى عن طريق المشاركة فى الطقوس وفى التسليات على أنها تتفق مع « نص مضاد » يقضى بضرورة « لقاء شخص طيب والزواج » .

ويلاحظ مما سبق أنه إذا قرر الشخص التخلى عن اللعب ، فإن السؤال الذى يثار هو : « وماذا ينوى أن يفعل بدلاً من ذلك لمقابلة حاجاته إلى :

الاتصال البدنى ، وإلى تحديد بنية الوقت ، وإلى الاستثارة ؟ » . وقد يكفى قرار من هذا النوع يبدو ظاهرياً أنه « بسيط » لمراجعة كل « نص الحياة » وإعداد « نص » جديد على أساس من الاختيار الذاتى ، له أهداف وأنشطة جديدة ، كما تثار أيضاً أسئلة أخرى مثل : « من الذى يحدد الحاجة إلى مثل هذه التغييرات ؟ ما هى النصوص السلوكية الجديدة والأهداف الجديدة ؟ » . تلك هى حقوق وامتيازات الشخص الذى ينشد العلاج .

والتحليل العبر – تفاعلى هو صورة تعاقدية من صور العلاج يحدد فيها العميل ما يريد تغييره ، ويوضح المعالج تقبله للعقد لتيسير التغيير ، كما يوضح الظروف الضرورية التى تمكنه من القيام بذلك العمل . وتنتهى العلاقة العلاجية بتنفيذ العقد إلا إذا عرض المريض عقوداً إضافية ترتبط بتغييرات أخرى يريد إحداثها . وتتضمن هذه المشاركة فى المسئولية بين العميل والمعالج عدداً من الأنواع الأخرى للمشاركة . ولعل أهمها هى أنهما يتعين أن يعملا من خلال إطار مرجعى مشترك ، وفهم مشترك للعوامل الكامنة وراء « السيكوباثولوجية » وما يتعين عمله لإصلاحها أو علاجها . ويعنى ذلك أن التحليل العبر – تفاعلى يتضمن قدراً كبيراً من المشاركة فى المعلومات ، بما فى ذلك إطار مرجعى عام يتمثل فى أسس التحليل العبر – تفاعلى ، وفهم معين لمشكلة العميل من خلال ذلك الإطار . كما يعطى العميل عملاً معيناً للقيام به مثل طرق جديدة للسلوك يقوم بتجربتها ، وتعطيه الفرصة لاكتشاف ما إذا كان يفضل السلوك الجديد على القديم . وذلك جزءً من عملية تسمى « إعطاء الإذن » giving permission تكون فعاليتها على قدر ما يقدمه الموقف العلاجى من « وقاية » وعلى قدر فعالية وقدرة المعالج . وتحتل القدرة على إحداث التغيير موقعاً هاماً فى التحليل العبر – تفاعلى ، ويحاول المعالج دائماً دعم هذه القدرة لديه بحيث يستطيع علاج المريض علاجاً حقيقياً .

وقد يوحى ما سبق بأن التحليل العبر – تفاعلى يتجاوز أى إفتراض عن « الحتمية التاريخية » وهذا هو موقفه فعلاً . وبصرف النظر عن السبب فى ذلك فى الماضى و/أو فى الحاضر ، فإن الإنسان قادر على أن يقرر بنفسه ما يريد أن يكون عليه ، وأن يعيد صياغة برنامجه بنفسه لتحقيق ذلك السلوك المرغوب . ولا يعنى ذلك إنكار قوة العادة أو التعلم السابق ، ولكنه تعبير عن الثقة فى القدرة الفريدة

للإنسان على أن يعلو فوق التعود ، وأن يختار لنفسه أهدافا جديدة وأنماط السلوك الضرورية لتحقيق هذه الآمال الجديدة . وينكر أصحاب نظرية التحليل العبر تفاعلى الزعم بأن الإنسان لا يمكن تغييره إلّا عن طريق « الأشراط » من خلال شخص يقوم بإجرائه . وهم يشيرون إلى أن « الملاطفة » مصدر فعال لتدعيم السلوك ، وهم يحذرون من ممارسة تدعيم سلبى (أو ملاطفة سلبية) .

ويقوم الأساس المبكر للتحليل العبر – تفاعلى على التحليل البنيوى ، وهو العملية التى تحدد وتوضح بواسطتها حالات الأنا لدى شخص معين . ويعرف بيرن حالة الأنا بأنها « نظام متماسك من المشاعر وما يرتبط بها من أنماط سلوكية » . ويميز بيرن ثلاث حالات للأنا أسماها : « الطفل » و « الراشد » و « الوالد » . ويجدد « الطفل » المشاعر والاتجاهات وإمكانات السلوك التى كانت تميز الطفل حتى سن السادسة . ويمثل « الوالد » تسجيلاً دقيقاً للقيم والمواصفات والنصائح الوالدية بدرجات متفاوتة من التعاليم التى تتناول طرق التعبير عنها فى السلوك ، وما يحتمل أن يؤدى إليه عدم اتباع هذه التعاليم من عواقب . أما « الراشد » فهو ذلك الجانب من الشخص الذى يعمل بوصفه حاسباً computer يسجل البيانات ويستخدمها أساساً لحساب التوقعات عن أحداث المستقبل . ومن أمثلة وظائف المحاسبة التى يقوم بها « الراشد » اتخاذ قرار عما إذا كان من المأمون عبور الشارع فى حالة عدم وجود الإشارة الضوئية للمرور . وتؤثر حالة الأنا « المشحونة » cathected كيف يشعر الشخص ويفكر ويفعل فى موقف معين . وتشحن حالة الأنا حين تنشط بحيث تصبح المركز الإجرائى الذى يعمل منه الشخص . وقد يتمثل أحد أهداف العلاج العبر – تفاعلى فى تغيير إمكانية الشحن لحالات الأنا ، بمعنى تغيير السهولة التى يمكن بها تنشيط حالة معينة من حالات الأنا بإرادة الشخص نفسه .

ويتضمن مفهوم « التلويث » contamination أن حالة من حالات الأنا يمكن أن تختلط بحالة أخرى دون أن يكون الشخص واعياً بهذا الخلط . ويتطلب ذلك « تعيين الحدود » boundary work لعزل المجال المميز والخصائص المميزة لكل حالة من حالات الأنا المتمضنة فى الخلط .

ويصر بيرن على ضرورة معاملة المرضى جميعاً على قدم المساواة ، فيحصل الخجول قليل الإلحاح على نفس الرعاية التى يحصل عليها الشخص اللحوح ، كما يصر أيضاً على تجاوز الفجوة بين المعالج والمريض ، إذ يمكن فى تقديره أن يشارك كل منهما فى نفس اللغة والمفاهيم والفهم للموقف . ويتحقق ذلك لا عن طريق تدريب المريض فى المهنة ، ولكن عن طريق تعبير المعالج عن المفاهيم المهنية بلغة مفهومة من العامة . وفي نظرية بيرن ، لا يوجد شيء اسمه حالة أنا الراشد الضعيف أو القاصر مثلاً ، ولكن قد توجد فقط حالات أنا راشد توفرت لديه معلومات ناقصة أو معلومات خطأ ، أو لم تشحن شحناً كافياً . وحيث أن لكل فرد « راشد » ، فإن كل فرد يستحق الاعتبار والكل مؤهلون للتحليل العبر - تفاعلي طالما استطاعوا اقتراح « عقد علاجى » treatment contract أو فهمه أو تقبله عن فهم . ويشتمل العقد على تحديد للأهداف العلاجية وللمحكات التى يمكن على أساسها التعرف على مدى تحقيق هذه الأهداف ، والتى يشكل تحقيقها مؤشرا على إنهاء العلاقة العلاجية ، إلا إذا اقترح عقد جديد مقبول من كل الأطراف . وعلى هذا الأساس ، فإن كل الأطراف مؤهلة لتقرير عدة أمور مثل ملاءمة محتوى التفاعلات ، كما أن العقد يسهم فى توضيح الكثير من المشكلات الكلاسيكية مثل « المقاومة » فى التحليل النفسى .

ويتمثل تحيز بيرن لمبدأ المساواة فى تقبله للعلاج ، أى فرد تتوفر لديه الإرادة والقدرة على الالتزام بشروط العلاج . ويمكن أن تتوفر هذه الشروط لدى مدى عريض من الأفراد : أطفال فى المراحل الأولى ، ضعاف عقول ، ذهانيين فى الصور النشطة أو فى صور توفر لها تعويض كافٍ ، وأصحاب التاريخ الإجرامى القصير أو الطويل ، والمنحرفين سلوكياً والكحوليين والمتعاطين للمخدرات ، إلخ . ويمكن التمثيل لفكر بيرن فى هذا المجال فى الطريقة التى يعالج بها الكحوليين ، فهو يشترط موافقتهم على التوقف عن تعاطى الكحول ، وأن يدللوا على صدق عزيمتهم بتناول مضادات الكحول . ولا يمثل التوقف عن تعاطى الكحول الشفاء ، ولكنه يمثل شرطاً للشفاء الذى يتحقق عند ما يستطيع الفرد أن يتعاطى كحولاً فى مناسبة اجتماعية دون أن يرتد إلى « نص » حياته الكحولى . أما أولئك الذين تنقصهم الإرادة والقدرة ، فإنهم يحا لون إلى مصادر علاجية أخرى أكثر ملاءمة لنصوصهم الكحولية ولألعابهم . ولا يحدد بيرن أى محكات لإلحاق مريض

معين بجماعة معينة ، فهو يلحقهم طبقاً لترتيب تقدمهم طلباً للعلاج أو طبقاً لأى نظام آخر لا يرتبط بالأعراض أو بالزملات التشخيصية . فقد وجد أحياناً أن أكثر الأعضاء قيمة للجماعة شخص كان يجب ألا يلحق أصلاً بها طبقاً لأى معيار معقول للاختيار . ويصر بيرن على أنه لا يحق للمعالج أو للباحث ملاحظة جماعة وتسجيل ما يدور بها دون موافقتها . ويستخدم بيرن أحياناً أسلوباً يطلب فيه من جماعة ملاحظة جماعة أخرى خلال عملية العلاج ثم تقديم تعليقاتها وتفسيراتها ومقترحاتها ، ثم تتبادل الجماعتان الأدوار .

الشـــخصـــية

نظرية الشخصية :

يقوم التحليل البنيوى على أساس افتراض أن كل شخص تتوفر لديه ثلاث حالات للأنا تسمى حالات أنا « الطفل » و « الراشد » و « الوالد » ، وأن هذه الحالات يمكن ملاحظتها والتحقق منها امبيريقياً . ويمكن أن يكون تحليل التفاعلات العبرية بين فردين مفيداً ، فى ضوء حالة الأنا التى يعمل الفرد من خلالها أو أكثر من حالة واحدة فى نفس الوقت .

فسيولوجياً : تمثل حالة أنا الطفل ، كما توجد فى المراهق أو الراشد ، تسجيلاً دقيقاً لخبرات الطفولة حتى سن ست سنوات تقريباً . وتشير الخبرة الاكلينيكية إلى أن الفرد فى حالة أنا الطفل يكون أكثر حساسية للجوانب البيولوجية – الوراثية biogenetic من خبرته . ويبدو أن الطفل يكون حساساً وواعياً إلى قدر كبير بالظروف الهوميوستازية داخل جسمه . فمثلاً ، أوضحت التجارب أنه إذا تركت للطفل حرية اختيار طعامه من بين أطعمة متعددة ومتنوعة تقدم له ، فإنه سوف ينزع إلى اختيار أنواع وكميات الطعام التى تشكل وجبات غذائية متوازنة (١٣ ، ص ٣٦٥) . وبنفس القول ، فإن نمطاً منسقاً من عدم الحساسية من جانب الفرد لحالته الفسيولوجية ، يمكن إرجاعه إلى عدم اكتراث مزمن لحالة أنا الطفل . وعند هذه النقطة يمكن ملاحظة إمكانات « المواجهة » encounter و « التدريب على الحساسية » sensitivity training ، ذلك أنه بقدر ما يمكن لهذه الخبرات أو التدريب أن تساعد الفرد على أن يشحن انفعالياً ،

أو على أن يزداد وعيا بحالة أنا الطفل لديه ، فإنها يمكن أن تساعد أيضا على زيادة وعيه بظروفه وبحالاته الفسيولوجية بطرق يمكن أن تسهم فى دعم الظروف الجسمية الصحية والباعثة على الرضا . وهناك أيضا علاقة أخرى بين الظرف الفسيولوجى وحالات الأنا يمكن التنبؤ بها ، وهى أن هناك حساسية فارقة نحو الحرمان الفسيولوجى ، وذلك نظرا لأن هذه الظروف تؤثر فى حالات الأنا المختلفة . وتتأثر حالة أنا « الوالد » بسهولة فينعدم نشاطها أو تلقى أرضا بفعل مثل هذه الظروف . ويتمثل ذلك فى تأثير الكحول ، ذلك أنه بتأثير كميات متزايدة من الكحول ، فإن دور حالة أنا « الوالد » يتضاءل حتى يسمح لحالة أنا « الطفل » بأن تلعب دوراً متزايداً ، ويفسر ذلك شعبية الكحول فى الحفلات . ثم يأتى دور حالة « الراشد » التى يتناقص أيضاً نشاطها تحت تأثير الكحول ، مما يسهم فى تيسير الانخراط فى سلوك خطر غير مسئول . وحين يبقى فى الدم قدر كاف من الكحول ، فإن الحالة الوظيفية الباقية لأنا « الطفل » يتناقص أيضاً نشاطها مما يؤدى إلى حالة من فقدان الوعى أو النوم أو الغيبوبة الكحولية .

ومن الظروف الأخرى التى يكون لها هذا التأثير الفارق على حالات الأنا ، الحرمان من الأوكسيجين ، والنقص فى التغذية والتعب والحرمان من النوم والمخدرات ، والمواد المنومة وارتفاع درجة حرارة الجسم .

اجتماعياً : تؤثر البيئة الاجتماعية للفرد فى حالات الأنا لديه بطريقين مختلفين . فهى تحدد أولاً برمجة حالة أنا « الوالد » (المحتوى) ، كما أن الظروف الاجتماعية تسهم ثانياً فى تحديد حالة الأنا التى تشحن انفعالياً . وقد أكد فرويد وبخاصة فى كتابه **Civilization and its discontents** الصراع بين الفرد والمجتمع . والفرد لا يقوم بتنشئته وتدريبه واشراطه المجتمع ، ولكن يقوم بذلك الأشخاص الذين يمثلون ذلك المجتمع من خلال برمجتهم لما « يصح عمله » ، وما يتوقع منهم طبقاً لقوانين المجتمع والمواثيق الخلقية وأصول السلوك ، إلخ . وتستمر هذه التعاليم لدى الفرد فى التسجيلات التى تشكل حالة أنا « الوالد » ، وهى تمثل وقاية واقتصاداً كبيرين لكل شخص ، حيث أنها تقرر لكل شخص « ما يصح عمله » فى أى موقف معين ، وفى أى جانب من الطريق يقود سيارته ، وكيف يتعامل مع زوجة شخص آخر . بحيث لا يجرح مشاعره ، إلخ .

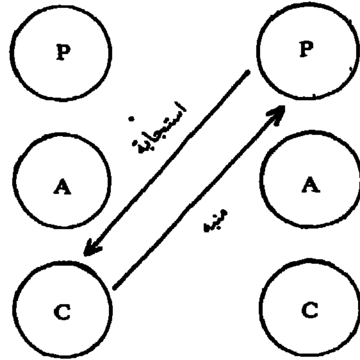
وفى الجانب الإيجابى ، تسهم هذه التعاليم فى تعريف أو تحديد العضوية الاجتماعية للفرد سواء على مستوى الواقع أو الأمل ، حيث أن السلوك « الصحيح » أو « المؤدب » هو الوسيلة الأولية فى التعريف الاجتماعى ، فالشخص يكشف عن طبقته الاجتماعية وثقافته والجماعة العرقية التى ينتمى إليها ، لا عن طريق التفاصيل الكثيرة فى سلوكه الاجتماعى فقط ، ولكن وبوجه خاص ، عن طريق معرفته بالطقوس الاجتماعية المتأصلة والمميزة لذلك القطاع من المجتمع الذى نشأ فيه أو الذى يطمح فى الانتماء إليه وعن طريق التزامه بهذه الطقوس .

وثمة جانب آخر من جوانب التأثير الاجتماعى فى حالات الأنا ، وبالتالى فى « سيكولوجية » الشخص ، يتمثل فى المبدأ العبر - تفاعلى ، وهو « التتميم » complementarity . ويقرر هذا المبدأ أنه إذا تساوت كل الظروف ، فإن الشخص ينزع إلى شحن تلك الحالة للأنا التى تتمم حالة أنا الشخص الذى يتفاعل معه . فمثلاً ، حالة أنا « الوالد » لدى شخص (مثلاً ضابط مرور يوقع غرامة أو يوجه إنذاراً) تنزع إلى استثارة حالة أنا « الطفل » لدى الشخص الذى يتفاعل معه (الشخص الذى يتلقى الغرامة) . وبنفس المنطق ، فإن سلوك العجز والاعتمادية « الطفل » لدى شخص ، ينزع إلى استثارة إما سلوك المساعدة وإما النقد من جانب الشخص الذى يتفاعل معه . ويتوقف ذلك على ما إذا كانت حالة أنا « الوالد » الناقد أو العطوف هى التى تستثار فى المستجيب . ولذلك ، فإنه من الضرورى إضافة الخصائص البنيوية (حالة الأنا) للبيئة الاجتماعية بوضعها ظرفاً يحدد حالات الأنا لدى من يتعرضون لهذه البيئة . ويتمثل ذلك فى كل أنواع المواقف اليومية التى تتضمن قيادة جماعة . فالقائد ينزع إلى استثارة استجابات « الطفل » لدى أعضاء جماعته طبقاً للمدى الذى يشحن به القائد « الوالد » وبالقدر الذى يستخدم به تكتيكات وأساليب « الوالد » للتأثير فى أعضاء جماعته . إلّا أنه قد يستثير إما استجابة « الطفل » (وبخاصة إذا أدركه أعضاء الجماعة كوالد أو محسن) وإما استجابات التحدى الطفلية (وبخاصة إذا أدركه الأعضاء كوالد ناقد أو معاقب) .

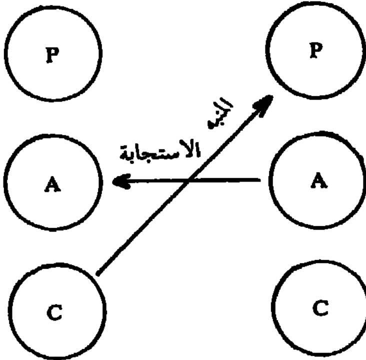
وتفترض النظرية العبر - تفاعلية فى الاتصال تفاعلاً آخر أيضاً بين السلوك الشخصى والسلوك الاجتماعى ، وهو أن الاتصال بين شخصين يمكن أن يستمر

إلى ما لا نهاية طالما أن موجهات (مكافئات) vectors التفاعل العبرى بينهما تظل متوازية ، وينقطع الاتصال حين تتقاطع هذه الموجهات .

ويمثل لهذا الافتراض فى الشكلين (٩ – ١) ، (٩ – ٢) هولاند (١٣ ، ص ٣٦٨) .



الشكل (٩ – ١)



الشكل (٩ – ٢)

فإذا قدم فاعل (س) منبهاً اجتماعياً من « الطفل » (C) لديه مثل : « متى يكون العشاء جاهزاً ؟ » ، فقد يستجيب له « الوالد » لدى (ص) بقوله : « سوف يكون جاهزاً عند ما تغسل يديك » . ويهيىء هذا التبادل المسرح لسلسلة من التفاعلات حول تأخر العشاء ، وأن (س) يشعر بالجوع ، بينما يستجيب (ص) بملاحظات عن ضيق صبر (س) ، إلخ . وينشأ موقف مختلف تماماً إذا استجاب (ص) بطريقة واقعية (الراشد) وقدم معلومات كأن يقول « يبدو أن العشاء سوف يكون جاهزاً فى خمس دقائق » . وينتج ذلك كما يوضح الشكل (٢) « تفاعلاً متقاطعاً » crossed transaction . ويعنى ذلك أن يتوقف الاتصال ، إلّا إذا تحالف (س) نفسه مع حالة أنا الراشد لدى (ص) وذلك عن طريق الاستجابة من خلال الراشد لديه ، كأن يقول مثلاً : « ذلك يعطينى الوقت لغسل يدى . سوف أفعل ذلك وأجلس إلى مائدة الطعام » . وسوف نعود إلى مناقشة التحليل البنيوى فى إطار التشخيص وذلك فى فقرات تالية .

وهناك طريقان آخران يمكن بهما التأثير الاجتماعي في شخص وهما عمليتا : الخصم أو الالغاء discounting و « صياغة النص » scripting . ويشير الخصم إلى أى فعل يهدف إلى إقناع شخص بأنه « غير طيب» أو أنه « ميئوس منه ولا يمكن مساعدته » . والخصم محدد أول « لموقع حياة » الشخص ، وهو استنتاجه الحتمى من طفولته عن نفسه وعن الآخرين . ويختص هذا الاستنتاج بذاته وبالآخرين وبما إذا كان هو طيباً أو غير طيب أو ما إذا كان الآخرون طيبين أو غير طيبين . ومواقع الحياة الأربعة هي :

I : أنا طيب ، أنت طيب	III : أنا غير طيب ، أنت طيب
II : أنا طيب ، أنت غير طيب	IV : أنا غير طيب ، أنت غير طيب

وترجع أهمية « موقع الحياة » إلى أنه يساعد فى تحديد النغم العام للنص الذى سوف يلتزم به الشخص خلال حياته . ويتراوح فى مداه من نص حياة ناجحة ("get on with it" script) إلى نص يدعو إلى حياة فشل وضياع ("get no where with it" script) . ويستمد الكثير من تفاصيل هذه النصوص من النواهي والمقترحات والتشجيعات « الوالدية » . وقد يستوحى « موضوع » نص الحياة أحياناً من الأساطير الكلاسيكية ومن الأدب الشعبى . ويمكن التنبؤ عن الشكل الذى سوف تأخذه السيكوباثولوجية للشخص (مثلاً : اكتئاب ، بارانويا ، فصام ، إلخ ..) من معرفة موقع حياته .

ويتضمن مفهوم ستيفن كاربمان (١٣ ، ص ٣٦٨) عن « المثلث الدرامى » drama triangle ثلاثة أدوار رئيسية فى كل أنواع الدراما والاستثارة هى : الضحية victim ، والمضطهد persecutor ، والمنقذ (V.P.R.) rescuer . وتخلق الدراما الاستثارة حين تدار هذه الأدوار ، كما يتمثل فى المرأة التى تتزوج سكيراً بقصد اصلاحه ، ثم تنقلب إلى مضطهد حين تفشل فى تحقيق هذا الاصلاح وأخيراً تصبح ضحية النقائص الاقتصادية والاجتماعية والشخصية . ويمثل مثلث الدراما طريقة أخرى يتوقع فيها التحليل البنيوى التأثير فى السلوك الشخصى عن طريق الاعتبارات الاجتماعية .

سيكولوجياً : يقرر كل شخص فى مرحلة مبكرة الكيفية التى سيكون عليها النمط الرئيسى أو الحبكة الرئيسية plot فى حياته . وتستعار هذه الحبكة غالباً

من القصص الخيالية والأساطير التي يتعرض لها فى المراحل الأولى من حياة الشخص . ويسهم الوالدان عن طريق سلوكهما فى تشكيل اختيار الشخص لحبكة حياته ، وبخاصة من جانب الوالد من الجنس الآخر . ويمكن لغمزة عين أو ابتسامة عن معرفة ، أو هزة رأس أن تشير للطفل إلى أى الشخصيات وفى أى القصص تكون أكثر شبهاً به أوَ يفترض أن تكون أكثر شبهاً به . ويمكن أن يوجه الاسم (أو اسم التدليل) الطفل نحو نص معين ، كأن يطلق عليه اسم : « الأستاذ » أو « الدكتور » أو « القاضي » . ويشتمل البروتوكول أو النسخة الأصلية من نص الحياة على الخطوط الأساسية فقط ، وقد يكون البروتوكول مبسطاً جداً أو مخيفاً أو غير مقبول . وبازدياد وعى الطفل بالاعتبارات الاجتماعية العامة ، فإن نسخة منقحة من « النص » أو « اللوح » palimpsest تنشأ تدريجياً ، ثم تفسح هذه النسخة الطريق إلى مخطط إجرائى ، وأخيراً إلى نسخة ثانوية معدلة . وهذه النسخة الأخيرة هى النص الذى يتبع فى النهاية بوصفه نص حياة حقيقى للشخص أو بوصفه « النص المصوب أو المستهدف » shooting script . وغالباً ما تكون الأجزاء الفردية من النص مستمدة فى تفاصيلها على أساس نماذج حية حقيقية مثل الأم والأب والأستاذ ، وذلك بالرغم من أن الوالد من نفس الجنس يكون له غالباً التأثير الأكبر بوصفه نموذجاً . وبالطبع ، فإن النص فى كل مراحله يتعين أن يتسق مع موقع الحياة الذى سبق أن استقر عليه الشخص . فمثلاً ، الشخص الذى استقر على موقع حياة « أنا غير طيب وأنت غير طيب» لا يمكن أن يتوقع منه أن يتبع نصاً يتطلب الكثير من النجاحات والمكاسب .

ويبرر الشخص عادة الفعل الرئيسى فى نص حياته عن طريق تجمع المشاعر ، وهو ما يشار إليه بمصطلح « الخطة » racket . فيعلن الشخص مثلاً أنه قد تحمل ما فيه الكفاية من رئيسه وفى عمله وفى مدينته وفى زواجه ، ليبرر بذلك دون شعور بالذنب تغييره للرئيس وللعمل وهجرته من مدينته وتحرره من الزواج . وهكذا ، فإن بعض الناس يمكن أن يقال أنهم منخرطون فى « خطة الغضب » ، أو فى « خطة الاكتئاب » أو حتى فى « خطة الضياع » . ويتوقف ذلك على نوع المشاعر التى يكونون أكثر اهتماماً بخبرتها واختزانها واستدعائها . وتحدد « خطة » الشخص بدورها نوع « الألعاب » التى ينخرط فيها .

. ويعرف بيرن (ف ١٣ ، ص ٣٦٩) « اللعبة » بأنها سلسلة من التفاعلات الخفية تنتهى تدريجياً إلى ذروة ، أو مجموعة من العمليات تتضمن تحايلاً أو أداة أو مبرر تحول . فمثلاً ، الشخص الذى يقوم بلعبة Kick Me يحاول أن يدفع الآخرين للسخرية منه فيكسب من ذلك الشعور بالاكتئاب ، وحين يتجمع من ذلك القدر الكافى فإنه قد يقتل نفسه ، وهو الفعل المطلوب لاختتام نص حياته . وقد يبدو للملاحظ الموضوعى بوضوح أن نص الحياة يمثل قراراً اتخذه الشخص نفسه ، وكذلك القرارات الرئيسية التى أدت إلى اختيار الألعاب والخطط ونصوص الحياة . ولكن وبالرغم من ذلك ، فإن الكثير من هذه القرارات قد تتأثر بالآخرين ، إلّا أن القرار الهام النهائى هو قرار الشخص نفسه . فهو يختار نص الحياة الذى يتفق أكبر الاتفاق مع موقع الحياة الذى سبق أن قرره ، ومع الألعاب والخطط الأيسر فى تعلمها فى العائلة ، وطبقاً لتعاليم ونواهى الوالد ، وتلك التى تتفق مع رغباته وحاجاته وآماله . وقد ينسى الشخص أن هذه هى اختياراته ، فيتحرر بذلك من تحمل المسئولية عن هذه الاختيارات ، ومن عواقبها وذلك عن طريق التنصل . وهو أساساً العذر الرئيسى الذى كان أكثر قبولاً لعدم الأداء خلال الطفولة . ومن أمثلة هذه التفضيلات أو المعاذير cop-out (١٣ ، ص ٣٦٩) « إننى غبى كسول » ؛ « كنت عاجزاً تماماً » ؛ « لم أكن أقصد ذلك » ، إلخ .. وهو حين يبلغ الرشد يلجأ إلى هذه المعاذير للتحرر من المسئولية عن أفعاله الضارة أو غير المجدية بحجة أنه لم يكن أمامه اختيار آخر . فإذا تبرع معالج بتقبل هذه المعاذير كما يحدث أحياناً ، فإن ذلك قد يؤدى إلى عملية علاج لا نهاية لها .

ويحرص أصحاب نظرية التحليل العبر – تفاعلى على التأكيد بأنهم لا يدعون أن الشخص يصل إلى القرارات الهامة فى حياته وحده دون التأثر بما يريده الآخرون أو ما يتوقعونه أو يطلبونه منه ، وبخاصة أن الكثير من هذه القرارات الرئيسية يصل إليها الشخص فى مرحلة مبكرة من حياته حين يكون الفرد شديد الاعتماد على الآخرين . وفى هذه المرحلة المبكرة من الحياة ، فإن إرضاء الآخرين والحصول على ابتسامة الرضا منهم بدلاً من الاستنكار قد يبدو أنه مسألة حياة أو موت للصغير الذى يعتمد على الراشدين اعتماداً كلياً . وكذلك تتوقف درجة المخاطرة التى يمكن أن يتحملها الصغير فى إغضاب الكبار على

جوانب أخرى من بيئته ، ومنها مثلاً وجود أو عدم وجود أشقاء أكبر منه يمكن أن يحلوا محل الوالد . والخلاصة ، لا تفترض النظرية أن الإنسان هو سيد مصيره تماماً أو أنه متحرر كلية من تأثير ظروفه الفسيولوجية أو تأثير الآخرين فى بيئته . ولكن النظرية تفترض أنه حيث أن الجوانب الرئيسية فى أنشطة الحياة تقرر بواسطة الشخص نفسه ، فإن هذه القرارات يمكن مراجعتها لفائدته . فإذا لم يكن الشخص راضياً عن نتائج قراراته الأولى ، فإنه هو وحده يستطيع أن يستبدلها بقرارات جديدة تنبع من وعى جديد واقعى بالبدائل المتاحة له فى ذلك الوقت . ويتشكل جزء هام من العلاج التحليلى العبر – تفاعلى من إعداد المسرح لهذه المراجعة ، ولهذا الوعى بإمكانية تغيير القرارات الأولى بعد تحديدها .

العــلاج النفســى

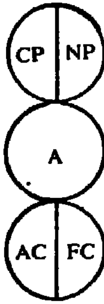
العلاج عن طريق التحليل العبر – تفاعلى هو علاج تعاقدى يطلب فيه من الشخص الذى ينشد العلاج أن يحدد ما يهدف إليه أو ما يأمل فيه أو ما يتوقع تحقيقه من خلال العلاج ، كأن يذكر مثلاً أنه يحاول إنقاص وزنه ٥٠ رطلاً . ويسهم هذا التعاقد فى تحديد أى الأنشطة يمكن اعتبارها ذات ارتباط ودلالة للعلاج ، والنقطة التي ينتهى عندها العلاج ، وهى بالطبع تنفيذ العقد إلّا إذا اتفق على عقد جديد . ويفترض فى هذا التعاقد أنه بين شخصين متساويين فى المكانة وفى الحقوق ، إلخ .. فمن حق المريض فى أى وقت أن يعرف وأن يفهم عن نفسه ما يعرفه وما يفهمه المعالج ، كما أنه لا يحق للمعالج القيام ببحوث أو تسجيل التفاعلات دون موافقة صريحة من المريض .

وهناك أربعة مجالات للتحليل يمكن التشخيص ، ومن ثم التخطيط للعلاج من خلالها وهى : التحليل البنيوى **structural analysis** ؛ والتحليل العبر – تفاعلى **transactional analysis** ؛ وتحليل اللعبة والخطة **game and racket analysis** ؛ وتحليل النص **script analysis** (١١ ، ص ٥٥) .

التحليل البنيوى :-

يمكن إرجاع بعض الصعوبات التى تواجه الناس إلى مشكلات بنيوية أساساً . وقد تتضمن هذه المشكلات ضعف الحدود بين حالات الأنا ، بحيث تحول الشخص من حالة إلى أخرى لا إرادياً ودون وعى . ولذلك ، فإن العلاج يشكل موقف تعلم ينمى فيه الشخص وعياً تصورياً يصبح فى النهاية حساسية للظواهر والخبرات الذاتية الهامة فى تمييز خبرته هو على ضوء مفهوم حالات الأنا .

وقد يرسم شكل وظيفى للشخصية تقسم فيه حالة أنا الوالد والطفل رأسياً (الشكل ٩ – ٣) ويشير جانباً الوالد إلى الوظيفة المزدوجة للوالد : الضبط (أو النقد) Controlling or Critical Parent (CP) ؛ والرعاية (أو الحدب) Nurturing Parent (NP) . ووظيفة الوالد الناقد هى اختزان وتوزيع القواعد ووقاية الحياة . ووظيفة الوالد الحادب هى الرعاية . ووظيفة الراشد هى حساب الاحتمالات واتخاذ القرارات الملائمة فى ضوء البيانات المستقاة من الوالد والطفل والبيئة .



الشكل (٩ - ٣)

ويشير جانبا الطفل إلى الوظيفة المزدوجة لحالة أنا الطفل ، أى الطفل المتوائم Adapted Child (AC) ، وهو يتواءم مع القواعد وأنماط السلوك ورغبات حالة أنا الوالد داخل الذات أو الآخرين . وقد تأخذ المواءمة شكلين : إما الانصياع للقواعد Adapted Compliant وإما التمرد Adapted Rebellious على القواعد ، وهما وجهان لعملة واحدة لأنهما يعتمدان على وجود قاعدة صريحة أو متضمنة أو متخيلة لكى يمكن الفعل . أما « الطفل الحر Free Child (FC) » ويسمى أحياناً « الطفل الرضيع Natural Child » فهو يستجيب فقط لنفسه وطبقاً لحاجاته دون اعتبار لقواعد الوالد .

وهناك أربع طرق للتعرف على حالة أنا الشخص فى لحظة معينة وذلك من خلال المؤشرات التالية :

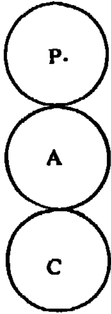
١ – سلوكية : تتمثل فى اختيار الفرد للكلمات ولنبرة الصوت ومستواه والملبس والقامة والتعبير الوجهى وحركة اليدين أو القدمين وغير ذلك من المؤشرات السمعية والبصرية والشمية .

٢ – اجتماعية : وتتمثل فى استجابات الآخرين للشخص . فمثلاً ، قد يلتقط « الوالد الناقد » « الطفل المنصاع » أو « المتمرد » فى الطفل المتوائم لدى شخص آخر .

٣ – تاريخية : ونحصل على هذه البيانات من الماضى بحثاً عن موقف مشابه بمشاعر مشابهة لتلك التى يخبرها الفرد فى هذه اللحظة . فقد يتذكر الشخص فجأة مثلاً أن والده وقف هذه الوقفة .

٤ – فنمنولوجية : وذلك من خلال أن ينظر الفرد إلى داخل نفسه ، ويقرر المعالج طبقاً لخبرة اللحظة وكما تتصل بخبرة الماضى حالة الأنا المسيطرة .

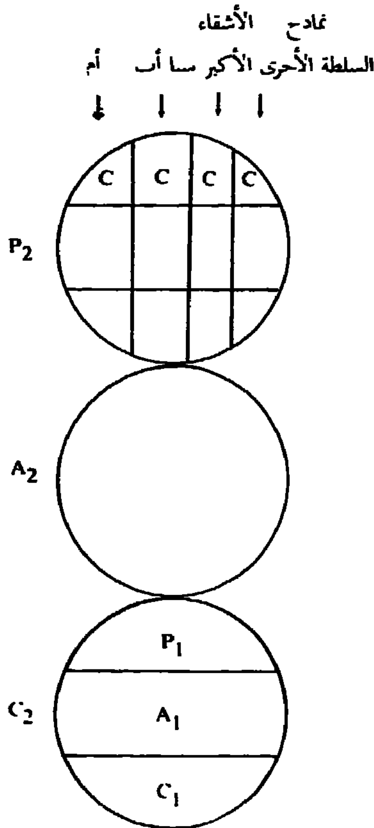
والشكل الأساسى (من الرتبة الأولى ، الشكل ٩ – ٤) الذى يعبر عن حالات الأنا فى التحليل البنيوى يتعين تفصيله فى شكل من الرتبة الثانية على النحو التالى (الشكل ٩ – ٥) . وفيه يتكون « الوالد » (P2) من خلال تسجيل الفرد وهو « طفل » ما يدركه على أنه سلوك ورسائل من الأم والأب والآخرين فى مراكز السلطة . وهذه التسجيلات للمعرفة المجمعة توجه الشخص إلى كيف يعيش ويبقى ويدير شئون حياته . وتصبح هذه المعارف قواعد للحياة تخبر الشخص كيف يتعين أن يسلك الكبار . إلّا أن التعلم بالطبع مستمر مدى الحياة .



الشكل (٩ – ٤)

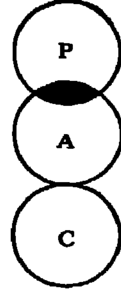
وتكون حالة أنا « الراشد » تدريجياً قدراتها المنطقية والحسابية ويبدو أنها تكمل نموها حوالى سن ١٢ (١١ ، ص ٥٥) . وكما يخلق « الوالد » ليسجل ما يفعله الآخرون ذوو الدلالة ، فكذلك يخلق الطفل ليسجل ما يحس (C1) ، وما يفكر فيه (A1) وما يقرر (P1) خاصاً بما يحدث . وتشكل هذه التسجيلات فى الطفل الشكل الدينامى الأساسى الذى يصدر منه كل سلوك الشخصية . ويكتب (A1) نص الحياة (الأستاذ الصغير) ويختزن فى (P1) (الالكترود) .

وفى استخدام التحليل البنيوى لتشخيص السيكوباثولوجيا ، يبرز نوعان من اللاسواء : التلـــويث contamination والإبعـــاد exclusion .

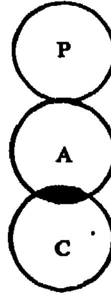


الشكل (٩ ٥) (نقلا عن ١١ . ص ٥٥)

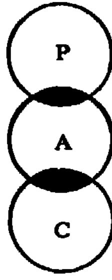
والتلويث هو اقتحام جزء من حالة أنا لحالة أخرى واحتواؤها داخل حدود هذه الحالة الأخرى للأنا ، أى تنهار حدود حالات الأنا وتتلوث حالة أنا الراشد من قبل « الوالد » أو « الطفل » أو من كليهما . ويقال أنه حدث تلويث ، ينتج عنه قيام الراشد بمحاسبة تسجيلات الوالد أو الطفل كما لو كانت هذه المواد حقائق . وهكذا ، فإن اتجاهاً « والدياً » ينظر إليه الآخرون بوصفه تحيزاً أو تعصباً ، قد يدافع عنه الشخص بوصفه معلومة « راشد » حقيقية . وهكذا ، فقد يعتقد الشخص حقيقة أن « الرجال حيوانات » أو أن « المرأة لا تستطيع أن تفكر » (الشكل ٩ – ٦) . وفى هذه الحالة ، يوصف الموقف بأنه تلوث يصاب به « الراشد » من قبل « الوالد » . ويتطلب هذا الموقف علاجياً عملية يشار إليها بأنها « إعادة تخطيط حدود حالة أنا الراشد » (١٣ ، ص ٣٧٤) . ويتضمن ذلك عملياً ، التحديد المتكرر للاتجاه التحيزى بوصفه « والدياً » فى أصله .



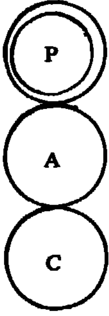
الشكل (٩ – ٦)



الشكل (٩ – ٧)



الشكل (٩ – ٨)



الشكل (٩ – ٩)

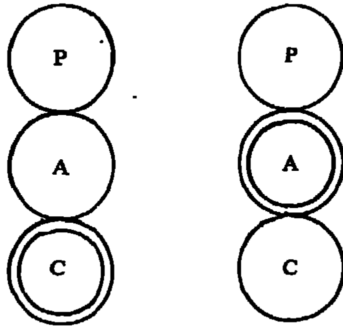
ويدعم ذلك التحديد عن طريق البيانات المناسبة : سلوكياً ، ذاتياً ، اجتماعياً ، وتاريخياً . وينتهى التلوث حين يستطيع الشخص نفسه أن يحدد باستمرار تحديداً صحيحاً أصل حالة الأنا للعاطفة المعبر عنها . وتلويث الراشد بواسطة الوالد ظاهرة شائعة جداً يعبر عنها فى صورة تعصب : يبرر بوصفه عقلانياً فى طبيعته وأصوله .

والصورة الأخرى الشائعة للتلويث ، تتضمن اقتحام أخيلة « الطفل » « للراشد » حيث يدافع عنها الشخص بوصفها « واقعية » و « صادقة » بينما يعتبرها الآخرون هواجس أو أنها قائمة على أساس هواجس ، أو هى مخاوف (فوبيا) (الشكل ٩ – ٧) . ومن أمثلة ذلك ما يتخيله « الطفل » فى خبرة الاكتئاب من أن جهازه المضمى غير قادر على استخراج مواد مغذية من الطعام . وهو يرفض الدليل « الراشد » على خطأ اعتقاده . فإذا لم يظهر الميزان نقصاً فى وزنه ، ادّعى أن بالميزان خللاً . أو قد يعتقد الراشد حقيقة أن « الفئران مخيفة » مثلاً . ويمكن مساعدة العميل على التخلص من التلوث فى مثل هذا الموقف عن طريق تجميع الدليل على وجود وواقعية حالة أنا « الطفل » لدى الشخص . ويلى ذلك توضيح أن هذا الاعتقاد أكثر اتساقاً مع طبيعة معتقدات « الطفل » من اتساقه مع معلومات « الراشد » وتقوية وعى حالة أنا « الراشد » .

وهناك موقف أكثر تعقيداً يتميز بتلويث مزدوج للراشد من كل من « الوالد » و « الطفل » (الشكل ٩ – ٨) فيسمع الفرد رسالة « الوالد » ويستجيب بطريقة « الطفل » . وبمدخلات من كل منهما من خلال « الراشد » .

ومن أمثلة ذلك : « النساء لا يمكن الثقة فيهن (والد) ولا أستحق أن أكون سعيداً (طفل) » أو « أخشى أن تكون زوجتي خائنة ، ولذلك فأنا أطلب الطلاق منها » (راشد أصيب بتلويث) .

والصورة الثانية من السيكوباثولوجيا هي الإبعاد exclusion . ويتمثل في اتجاه نمطي جامد يمكن التنبؤ عنه ، ويحتفظ الفرد به طالما أمكنه ذلك في مواجهة أي موقف مهدد . ويرى الإبعاد حين تسيطر حالة أنا واحدة على سلوك الشخص وتصبح عادة . فيمكن أن نتحدث مثلاً عن : « الوالد الدائم » (الشكل ٩ — ٩) . ومن أمثلته : المدرس ورجل الدين والنموذج العسكري ، ومن تتوفر لديه قاعدة لكل شيء ، والذي يعظ ويأمر . وأما « الراشد الدائم » (الشكل ٩ — ١٠) فهو الذي يبدو أنه يعمل كما لو كان حاسباً آلياً دون مشاعر . ومن أمثلته : المهندس والعالم وعالم الرياضيات . و « الطفل الدائم » (الشكل ٩ — ١١) هو الفرد الذي يعيش في المكان والزمان الحاليين ، وتنقصه القدرة على رؤية الصورة الكلية والسياق والعواقب . ومن أمثلته بعض الكوميديين ، ومن يسمى « الفراشة الاجتماعية » ومن يدبر « المقالب » في صورة نكات (النكات العملية) . وتنشأ كل من « الوالد الدائم » و « الراشد الدائم » و « الطفل الدائم » أساساً من الإبعاد الدفاعي للجانبين الآخرين في كل حالة . ويشير ذلك إلى حالة تقوم حين تترك التحولات في شحن حالات الأنا إلى مبادرة الفرد .



الشكل (٩ — ١٠)   الشكل (٩ — ١١)

وكذلك يوجد الإبعاد حين يستخدم الشخص كعادة دائمة حالتين من حالات الأنا فقط من الحالات الثلاث . ففي حالة إبعاد « الوالد » قد يكون الشخص قد سجل رسائل متناقضة أو ثقيلة في الوالد ينتج عنها ألم للطفل . ولذلك ففي حالة اليأس ، يبعد الوالد من الجزء النشط من الشخصية ، ويبدو الشخص

غير مسئول فى أفعاله أو دون ضمير . فإذا ما أُبعد الراشد ، يتحول الفرد من الوالد إلى الطفل دون اعتبار الواقع الخارجى . ومن أمثلته : الهوس – الاكتئاب . وحين يبعد الطفل ، يكون ذلك غالباً حركة دفاعية لوقاية الشخصية من الألم الذى كان يُخبر حين كان الشخص يعبر عن مشاعر ورغبات طفلية . ونرى ذلك فى ضحايا معسكرات الاعتقال أو فى من يتعرضون لصدمات كهربائية ، أو فى الفرد الذى يبدو أنه لا يسمح لنفسه بمتع الحياة أو بالقرب من الآخرين ، أو فى الفرد الذى يعبر عن مشاعر قليلة .

ويصبح المعالج عاملاً فى الموقف من خلال تفاعله مع الشخص . وطبقاً لبيرن ، فإن حالة الأنا لدى المعالج والتى يتفاعل بها مع الشخص تنزع إلى أن تستثير حالة أنا متممة complementary لدى الشخص . فإذا وجه الشخص (أ) ملاحظة من « الراشد » لديه إلى « الراشد » لدى الشخص (ب) ، فإن (ب) ينزع إلى شحن حالة « الراشد » فى الاستجابة للشخص (أ) . وهكذا يصبح التأثير الاجتماعى عاملاً فى استثارة حالات أنا لدى الشخص ينزع إلى إبعادها أو إلى تجميد نشاطها إذا ترك لذاته .

ويوضح ما سبق قيمة « خبرات المواجهة » encounter experiences أو « التدريب على الحساسية » sensitivity training . وعادة ما تبعد حالة أنا « الطفل » لدى الذكور فى الثقافة نظراً لأنها يغلب أن تدرك وأن تصنف من قبل الآخرين على أنها « غير ذكرية » أو « غير ناضجة » أو « حساسة » . ويغلب أن يؤدى الإبعاد المزمن « للطفل » إلى اقلال وعى الطفل أو المحتويات المعينة لوعى الطفل . وقد يمثل هذا الإبعاد للطفل خسارة كبيرة للفرد فى صورة فقدان لجاذبيته ولابتكاريته ولوعيه لحاجته للآخرين ، ووعيه لحالات وحاجات الجسم وفقدان الاحساس بالمرح والفكاهة .

ويستخدم للتغلب على هذا النوع من الإبعاد ما يسمى « الإذن » permission وذلك بعدة طرق منها جلسات التدريب على الحساسية عن طريق شرح ما يتوقع أو يسمح به فى هذا الموقف المعين . ومنها أن يكلف بمهمة assignment كأن يظهر حالة أنا والدية عطوفة حين تظهر زوجته حالة أنا طفلية تنبىء عن الشعور بالخوف أو الأذى . ومن الواضح أنه إذا طلب منه أن يَ

عطوفاً ، فإنه لن يخشى النقد أو العقاب لفعل ذلك . وقد يكون قادراً على شحن الجوانب العطوفة فى « الوالد لديه » ، والتى ربما يكون قد أبعدها لسبب أو لآخر عن طريق علاقته بزوجته . ويمكن علاج مشكلة الإبعاد ، حين يمكن أن تستثار حالة الأنا أو السلوك المبعد دون حدوث أى شىء يدعم تلك الظروف التى أدت أصلاً إلى الإبعاد . والمقابل العلاجى للتحريف الشخصى المتضمن فى الإبعاد هو « الترسيخ » stabilization ، وهو يشير إلى أى عملية تحقق زيادة إمكانية شحن أى حالة أنا ، أى السهولة التى يمكن بها شحن أى حالة أنا ، أى السهولة التى يمكن بها شحن أى حالة أنا عن طريق اختيار حر من قبل الشخص . ويشيع الخطأ فى فهم الترسيخ على أنه تثبيت fixation لأنا الراشد بوصفه حالة الأنا المنفذة فى كل الأوقات وتحت أى ظرف عادى ، وهو أمر يصعب تحقيقه لأن حالة أنا الراشد قد تفرغ شحنتها decathected بفعل ظروف خارج إرادة الشخص مثل المرض والتعب والنوم . وفضلاً عن ذلك ، فإن الشحن المستمر للراشد (ووظيفته الأساسية هى تجميع البيانات والمحاسبة) قد يؤدى إلى تواجد يتسم بالكفاءة ولكنه يكون مملاً إلى أقصى حد . ومن المرغوب فيه أن يكون « الراشد » قابلاً للشحن حين تكون خصائص معينة للراشد أساسية للحياة المثمرة . فمثلاً ، استخدام الراشد بوصفه حالة الأنا التى تتخذ فيها القرارات الهامة أمر مرغوب لأن الراشد يملك أكبر قدر من المعلومات الحديثة . ومن المحقق أن المنظور الزمنى الممتاز لدى « الراشد » وبخاصة من حيث المستقبل ، ميزة مؤكدة فى اتخاذ القرارات المتضمنة أهدافاً على المدى الزمنى الطويل . كما أن « الراشد » يعمل خاصة دون تأثر بالتحيزات الناتجة عن الدفعات والمشاعر التى تؤثر تأثيراً كبيراً على الطفل ، فضلاً عن التحرر من التحيزات التى يتسم بها « الوالد » . وهكذا يوضح بيرن الإمكانات العلاجية للتحليل البنيوى بقوله أنه « يتناول السيطرة (ولكن ليس الحل بالضرورة) على الصراعات الداخلية من خلال تشخيص حالات الأنا وإزالة التلويث ، وتوضيح الحدود ، وتحقيق الاستقرار بحيث يستطيع الراشد أن يحتفظ بضبط الشخصية فى مواقف الشدة » (١٣ ، ص ٣٧٥) .

ومن وسائل التحليل البنيوى أيضاً « الايجوجرام » egogram الذى اقترحه جو وساى (فى ١١ ، ص ٥٧) ويفترض ثبات كمية الطاقة ، ولذلك فإنه حين يتغير مستوى الطاقة فى حالة ، يحدث تغير فى الحالات الأخرى . فمثلاً ،

قد يريد المعالج (الشكل ٩ - ١٢) أن يزيد من طاقة « الطفل الحر » لديه ، فنزع إلى تحريك طاقة « الوالد الناقد » إلى « الوالد الراعى » ، وطاقة « الطفل المتوائم » إلى « الطفل الحر » ، ويتضمن ذلك عملياً تعليم العميل طرق رعايته لنفسه وللآخرين وفتح المجال لنشاط « الطفل الحر » .



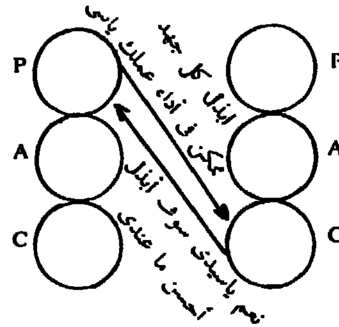
الشكل (٩ - ١٢) (نقلا عن ١١ ، ص ٥٧)

التحليل العبر - تفاعلى :

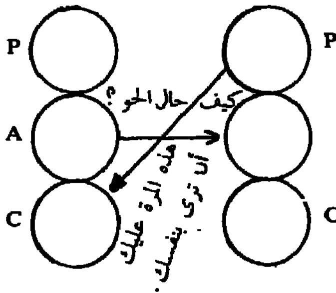
وهو الأداة التشخيصية الثانية . وهى تقوم على أساس فهم أنه لكى يتم اتصال ، يستخدم الناس التفاعلات العبرية (transactions) ، أى تبادل الطاقة أو الملاطفة **stroke** بين شخصين . ويتضمن ذلك منبهاً واستجابة . ويسفر التحليل العبر - تفاعلى عن حالة الأنا المعينة المستخدمة فى التفاعل . وهناك ثلاثة أنواع من التفاعلات العبرية هى : المتممة **complementary** والمتقاطعة **crossed** والخفية **ulterior**.

وفى التفاعل المتمم ، يرسل المنبه من حالة أنا شخص وتتلقاه حالة أنا مفرده فى شخص آخر يتبعها استجابة من حالة الأنا المتلقية وتتلقاها حالة الأنا الصادر

منها المنبه (الشكل ٩ – ١٣) . وطالما أن موجهات أو مكافئات المنبه – الاستجابة متوازية ، فيمكن أن يستمر الحوار دون نهاية .

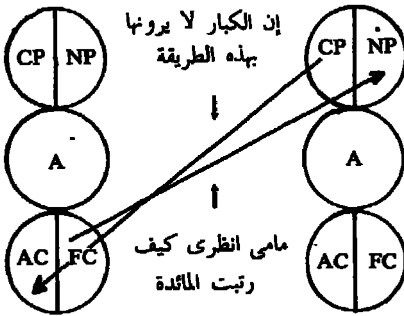


الشكل (٩ – ١٣)



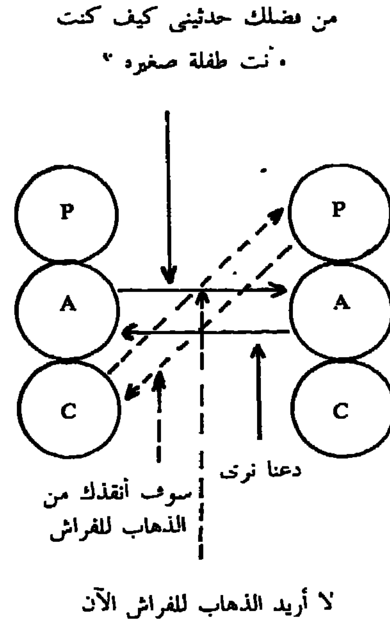
الشكل (٩ - ١٤)

أما التفاعل المتقاطع ، فهو الذى لا تتوازى فيه مكافئات المنبه – لاستجابة ، بل يتقاطعان ، فيرسل منبه من حالة أنا شخص تتلقاه حالة أنا مفردة لشخص آخر ، يتبعه استجابة من حالة أنا غير حالة الأنا المتلقية ، أى تتقاطع الاستجابة مع المنبه ، وبذلك ينقطع الحوار . وقد يكون ذلك مؤقتاً (الشكل ٩ – ١٤) . وقد يحدث التفاعل المتقاطع حتى إذا بدا للوهلة الأولى أن المكافئات متوازية ، فيتحرك المنبه من حالة أنا الطفل إلى الوالد ، وهذا يرسل بدوره استجابة للطفل مرة أخرى ، إلّا أنه نظراً لأن المكافئات من جوانب أو وظائف مختلفة لحالات الأنا ، فإن ذلك يشكل تفاعلاً متقاطعاً (الشكل ٩ – ١٥) .

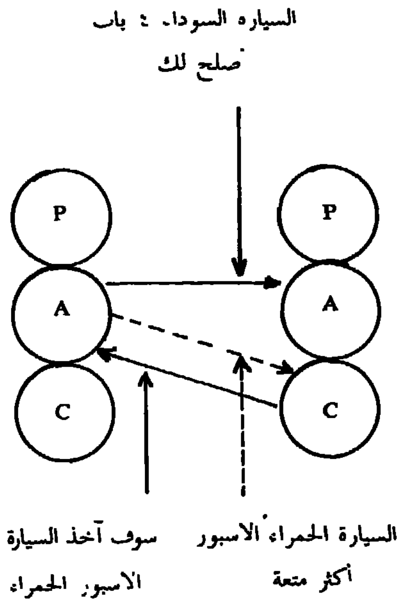


الشكل (٩ – ١٥)

أما « التفاعل الخفى » ، فقد يكون مزدوجاً duplex (الشكل ٩ – ١٦) أو « ذا زاوية » (الشكل ٩ – ١٧) . وفى كل من الحالتين ، هناك رسالة اجتماعية وسيكولوجية . والأولى تسمع فكرياً ، وترسم خطاً صلباً . أما الرسالة



الشكل (٩ - ١٦)
(نقلا عن ١١ ، ص ٥٨)



الشكل (٩ - ١٧)
(نقلا عن ١١ ، ص ٥٨)

السيكولوجية ، فهى تسمع على المستوى الانفعالى أى تحس وترسم بخطوط متقطعة . وتتحدد نتيجة التعامل من خلال المكافىء السيكولوجى . ففى النموذج الوارد فى الشكل (١٦) (التفاعل المزدوج) يتضمن التفاعل أربع حالات أنا : اثنتين لكل شخص . ويتم الحوار على المستوى الاجتماعى ، إلّا أن هناك حواراً خفياً على المستوى السيكولوجى لا يعى الشخصان معرفياً الرسالة السيكولوجية الخفية . ويتضمن النموذج الوارد فى الشكل (٩ — ١٧) (التفاعل الخفى ذو الزوايا) ثلاث حالات أنا : البائع يبادىء من موقع راشد ، فى الوقت الذى يبعث فيه برسالة سيكولوجية للطفل عن عميله . ويعى البائع الرسالة الخفية التى يحاول إرسالها ، والعميل غير واع معرفياً بهذه الرسالة ولكنه يستجيب بمقتضاها . وفى الحالتين (التفاعل المزدوج والتفاعل ذو الزوايا) تحدد الرسالة السيكولوجية النتيجة .

ومن الواضح أن المبادرة بتفاعل عبرى متمم تكون أكثر يسراً إذا استطاع كل من المبادر بالتنبيه والمستجيب تحديد حالات الأنا المتضمنة فى التفاعل العبرى المتقاطع ، وشحن حالة الأنا المطلوبة لمواصلة (أو استئناف) التفاعل العبرى المتمم . إلّا أنه بالرغم من أن التفاعل العبرى المتمم فى العلاج يسهم فى تكوين علاقة طيبة وفى تبادل الاحترام بين كل من المعالج والعميل ، فإن استمرار المعالج فى التتميم بالرغم من تحسينه للعلاقات ، إلّا أن ذلك يكون على حساب نمو أو تغير العميل الذى لن يجد لديه دافعاً للتغير أو حتى للنظر فى استجاباته هو ، طالما أن المعالج يحتفظ بالتتميم فى التفاعل . ولذلك ، فإنه عند نقطة معينة فى العلاقة العلاجية ، فإن المعالج قد يتعمد تقديم استجابة متقاطعة بوصفها وسيلة لاستثارة العميل كى يزداد وعيه بطبيعة استجاباته . ويتوقف وقت تقديم مثل هذه الاستجابة على الوقت اللازم لإقامة علاقة طيبة تكون من القوة بحيث لا يهدد تقديم استجابة متقاطعة استمرار العلاقة . ويرتبط حسن التوقيت بخبرة المعالج ومهارته فى « فن » العلاج النفسى .

تحليل الطقوس والتسليات : يشير التحليل العبر – تفاعلى إلى سلسلة من التفاعلات العبرية بين فردين حين تظهر هذه السلسلة خصائص معينة . فمثلاً ، سلسلة من التفاعلات العبرية المتممة تبرعج « والدياً » ، بقصد توصيف سلوك مقبول وبخاصة فى ظروف الضغط الاجتماعى . هذه السلسلة تستخدم لتعريف « الطقوس » rituals . وتنزع مثل هذه الطقوس إلى أن تكون صوراً نمطية جامدة من التفاعل العبرى ، وبذلك فإن قيمتها فى الملاطفة storke تكون منخفضة ، ولكنها تفيد فى أنها تسمح للأشخاص بأن يُقيم كل منهم الآخر فى ظروف مأمونة نسبياً لتحديد ما إذا كانت محاولة الاتصال الشخصى الأعمق تكون أمراً مرغوباً فيه أو يستحق المحاولة . كما أن الطقوس تعطى الأفراد الوقت اللازم لاتخاذ مثل هذا القرار . وهى أيضاً مفيدة فى تحديد ما إذا كان شخص قادم جديد يمكن اعتباره من الجماعة الداخلية ، حيث أن كل أعضاء جماعة اجتماعية معينة يميزون علاقاتهم عن طريق معرفة وممارسة نفس الطقوس . ويشكل السلوك الطقوسى موضع اهتمام فى العلاج النفسى حين يكون مقداراً غير متناسب فى تفاعلات الشخص الاجتماعية ، إلى الحد الذى يخبر فيه بصورة حادة أعراض

الحرمان من الملاطفة نتيجة النقص النسبى فى قيمة التفاعلات العبرية الطقوسية فى هذا المضمار .

والطقوس تكون عادة محددة الزمن تحديداً شديداً . ولها بداية محددة ومسار ووسط وخاتمة . ولذلك ، فإنها غير صالحة لتحديد بنية فترات زمنية أطول مثل علاقة صداقة أو علاقة غرامية ، والتى يعتمد فيها بنيان الوقت على سلسلة من التفاعلات العبرية المبرمجة ذات طابع شخصى منخفض فى درجة الشكلية تسمى « تسليات » pastimes ، وهى مثل الطقوس ، تكون داخلية الأصل مقصورة على جماعة اجتماعية محددة وأكثر تجانساً وتختلف اختلافاً ظاهراً عن المجتمع الكلى . ويشار إليها غالباً بأوصاف مثل « جماعتنا » أو « ضنفنا » ويتطلب الأمر تحليل الطقوس والتسليات فى الحالات التى يشكو فيها الأفراد من العزلة الاجتماعية أو من نقص المهارات الاجتماعية ، وكذلك فى حالات شكاوى « وجودية » معينة مثل الملل والشعور بالخواء والضياع . وتشيع مثل هذه الشكاوى فى أنماط الحياة التى يسيطر عليها النشاط الطقوسى وأنشطة التسليات بوصفها وسائل لتحديد بنية الوقت أو لقضاء الوقت . وذلك أن عدم وجود أهداف بعيدة المدى يحرم مثل هذا الوجود من المشاعر ذات المعنى والدلالة . ويبدو أن العلاج المعنوى لفكتور فرانكل (الفصل السادس) يقوم أساساً على افتراض أن مثل هذا النمط هو أساس العصاب فى العصر الحديث .

تحليل اللعبة والخطة Game and Rocket Analysis :

الخطوة التالية بعد تحليل الطقوس والتسليات هى تحليل اللعبة والخطة ، وهما تشكلان طرقاً بديلة للحياة ونظماً متعلمة لتحديد بنية الزمن ولتعلم الملاطفة وللتحكم فى الأحداث والآخرين ولتأكيد نصوص الحياة غير الطيبة ومواقع الحياة غير الطيبة . وتتضمن اللعبة عملية خارجية ، بينما تنزع الخطة إلى أن تكون عملية داخلية . ويمكن أن تشمل الخطة آخرين فى عملياتها ، ولكنها تكون أساساً خاصة . وترتبط اللعبة دائماً بالخطة . ويمكن أن تستخدم الخطة لتمهيد الأرض للعبة ، كما أن اللعبة يمكن أن تفتح الأبواب لإدارة الخطة . و « الخطة » هى مصطلح بيرن للدلالة على السلوك الذى يتظاهر بأنه شىء بينما يكون فى واقع الأمر

شيئاً آخر ، كما يحدث فى خطط الاحتيال ، حيث يستخدم هدف شرعى ظاهر لتغطية هدف حقيقى خفى . والقضية فى التحليل العبر – تفاعلى هى قضية المشاعر . ويمكن تعريف الخطة بأنها تفسير غير ملائم للأحداث ، وتفاعلات تستخدم لمساندة مشاعر سيئة أساساً بوصفها بديلاً لمشاعر أقل قبولاً . وتتعدد وتتنوع الخطط فتشمل كل أشكال المشاعر . فقد يستخدم الشخص الغضب لتغطية مشاعر الحزن أو الحزن لتغطية مشاعر الغضب . وقد يزيد الشخص من مشاعر الخوف وأخيلة الكوارث لتلافى الاحتفال بالنجاح وأسباب السعادة . هناك أيضاً خطط الذنب وخطط الارتباك ، إلخ .. ويمكن تبين الخطة من طبيعتها غير الواقعية وغير المنتهية ، فقد يظهر شخص الغضب من صديق جديد . فإذا تكرر ذلك ، يتيقن الصديق بأن هذا الشخص يتسم بخطة « الغضب » .

اللعبة : ويقصد بها لعبة سيكولوجية ، ويعرفها بيرن (فى ١١ ، ص ٦٠) بأنها « سلسلة مستمرة من التفاعلات المتممة الخفية تصبح تدريجياً نتاجاً محدداً يمكن التنبؤ به » . وتنشأ اللعبة حين يستخدم الناس التفاعلات المزدوجة للاتصال ، فيقولون شيئاً فى البداية ثم يتحولون إلى نهاية مفاجئة تنتج عنها مشاعر غير طيبة من الجميع .

ومن أولى اللعب التى كشف عنها بيرن لعبة : « ولم لا . نعم . ولكن » . وفيها يبدو أن المبادىء يقول أنه يطلب المساعدة فى أمر ما ، ولكن حين يبدأ الآخرون الذين يحاولون مساعدته فى التفاعل معاً ، فإنة يستطيع أن يقدم سبباً « جيداً » لعدم صلاحية كل الاقتراحات المقدمة . ويشعر الجميع بعدم الارتياح نتيجة لذلك .

وهناك خمس طرق لتحليل اللعبة :

١ – تحليل رسمى أو شكلى يركز على « المزايا » المعينة للعبة ؛

٢ – « مثلث الدراما » **drama triangle** ويوضح أدوار اللعبة والتفاعل بين هذه الأدوار ؛

٣ – الأشكال العبر – تفاعلية وهى توضح حالات الأنا والحركة من حالة لأخرى والثنائيات .

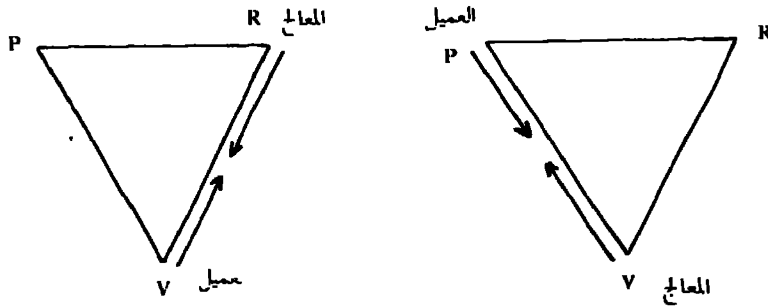
٤ - الشكل التآلفى symbiosis diagram وهو يحدد حالات الأنا المفضلة لكل مشارك .

٥ - المعادلة G (Formula G) وتحدد خطوات اللعبة فى مسارها من الحركة الأولى إلى النهاية (العائد) .

وتستخدم هذه الطرق للتركيز على الجوانب المختلفة للعبة ولكنها تتشابك معاً فى تحليل لعبة معينة . وسوف نناقش فيما يلى هذه الطرق .

يتحقق الدافع إلى تغيير الموقف حين يصبح العائد غير سار . وهنا يمكن التساؤل عن المزايا التى يمكن أن تتحقق من اللعبة . وهناك ستة أنواع من المزايا يمثل لها جرايمز (١١) بلعبة بين معالج ومريض بعنوان : « أنا فقط أحاول مساعدتك » ، إذ يقدم المعالج النصح للعميل الذى يقول أنه سوف يحاول ، ولكنه يرجع ليقرر أن نصائح المعالج يصعب تنفيذها . يشعر المعالج بالضيق ، ولكن تتكرر محاولة النصح والاعتذار فيصاب بالإحباط وينتهى الأمر بالشعور بنقص الكفاءة وبالحيرة . والمزايا هى : (١) داخلية سيكولوجية ، إذ يشعر المعالج كما لو كان شهيداً ؛ (٢) خارجية سيكولوجية : إذ لا يتعين عليه أن يوجه الشعور بنقص الكفاءة ؛ (٣) داخلية اجتماعية : يفكر فى عدم اعتراف الآخرين بالجميل ؛ (٤) خارجية اجتماعية : يتحدث إلى المعالجين الآخرين عن عمق مشكلات العميل ؛ (٥) بيولوجياً : يتلقى ضربات متعاطفة من زوجته أو من المعالجين الذين يتعاملون مع مثل حالة عميله ؛ (٦) وجودياً : يثبت المعالج مرة أخرى أنه ليس بالكفاءة التى يظنها فى نفسه .

وحين يبدأ العائد يتضح بأنه غير مثيب ، فإن اللاعب الذى يريد ترك اللعبة ، يمكن أن يتحول خطوة إلى الخلف وأن يحدد موقع التحويل switch والتقاطع cross . ويتضح التحويل من خلال « مثلث الدراما » بأدوارها الثلاثة : المضطهد Persecutor (P) ؛ المنقذ Rescuer (R) ؛ والضحية V (Victim) وفيه يتم تبادل الأدوار (الشكل ٩ - ١٨) .



مثلث الدراما

الشكل (٩ ١٨) (نقلا عن ١١ ، ص ٦٢)

ويستخدم الشكل التآلفى للتركيز على حالات الأنا المفضلة للمشاركين فى اللعبة . فمثلاً ، قد يفضل المعالج أن يكون كلاً من « الوالد » و « الراشد » ليرعى « الطفل » العاجز فى عميله . ولذلك ، يتعين إبعاد الوالد والراشد لدى الطفل وإبعاد الطفل لدى المعالج . وفى هذه العلاقة لا يمكن لأى مشارك أن يسمح لنفسه بأن يُرى بأنه شخص كامل . وحين يحدث التحويل ، ينتقل العميل من انصياع إلى التمرد فى طفله المتوائم ، ويثبت أنه يعرف كل شيء ، وأن المعالج الوالد يخطىء فى هذه اللحظة ولكن تظل العلاقة التآلفية كما هى .

ويمكن أن يمثل للمعادلة G بمعالج يتظاهر بأنه يساعد العميل ، ولكنه فى الحقيقة يعد نفسه للإحباط وللحيرة . وهذا هو « العمل المضاد » (con.) . ويمكن له أن يعمل لأن هناك نقطة ضعف أو أداة أو مبرراً للتحول gimmick وهى رغبة العميل فى إثبات خطأ نماذج السلطة . ويحدث التحول فى حالات الأنا على المستوى السيكولوجى . أما التقاطع أو التخطى cross فهو شعور وقتى من الخلط ، وبأن الشخص قد تُخطى (المعالج فى هذه الحالة) . أما العائد فهو كل المزايا التى تتحقق من اللعبة :

الفعل المضاد + مبرر أو أداة التحول = الاستجابات ← التحول ← التخطى ← العائد

con. gimmick switch cross pay off

المعادلة جـ (عن ١١ ، ص ٦٥)

وقد ينتج عن اللعبة شعور غامض بالإحباط (لعبة من المستوى الأول للشدة) أو اكتئاب لمدة أسبوعين (المستوى الثانى) أو انتحار (المستوى الثالث) . ويمكن للعبة أن تنتهى فى أى وقت حسب حاجة اللاعبين ووعيهم وتقديرهم للعائد . ولكنها لا تتوقف إلّا بعد معالجة السبب . ويرتبط ذلك بنص الحياة وقرارات الحياة التى تتدعم عن طريق ملاحظات تكتسب من كل لعبة .

الطوابع stamps :

تمثل الطوابع فى لغة التحليل العبر - تفاعلى تفاعلات ناقصة على مستوى الشعور . والطوابع هى ملاطفات مدخرة لاستخدامها لمساندة خطة ولعبة ولتسويغ لعبة وعائد النص .

تحديد بنية الوقت :

اللعبة هى واحدة من ست فئات حددها بيرن فى قائمة الأنشطة الإنسانية المحددة لبنية الوقت وهى : الانسحاب ؛ الطقوس ؛ التسليات ؛ العمل ؛ والحميمية . وكل منها يصمم بوصفه أنسب من حيث الوقت لإحداث الملاطفات المرغوبة .

الإنسحاب : ومن صوره أحلام اليقظة والأخيلة والتأمل ، أى أن الإنسحاب يصف الأنشطة التى تتضمن شخصاً واحداً يسحب نفسه عقلياً من الآخرين لفترة قصيرة أو طويلة .

الطقوس : تتضمن شخصين أو أكثر يتحدثان أو يفعلان طبقاً لطريقة محددة سابقاً ومتفق عليها صراحة أو ضمناً . ومن أمثلتها مراسم التخرج والمراسم الدينية وتبادل التحيات .

التسليات : هى أقل جموداً من الطقوس وتنتظم حول اهتمامات مشتركة يتحدث الناس عنها ، ولكن دون توقع شىء محدد يفعل . وهى تشمل موضوعات مثل السيارات والرياضة والأطفال ... إلخ .

العمل : هدفى التوجه يسعى إلى نتاج موضوعى ، ومن أمثلته : العمل وهواية الحدائق ، إلخ ..

اللعب : تبدأ وتستخدم تفاعلات خفية بعيدة عادة عن وعى « الراشد » وهى تتبع مساراً محدداً وتنتهى إلى نهاية يمكن التنبؤ عنها . ويتمثل العائد غالباً فى مشاعر اللاعبين وهو عائد سلبى غالباً .

الحميمية intimacy : هى أكثر الطرق إثابة فى تحديد بنية الوقت ، وهى علاقة ثقة متبادلة ومشاركة تتسم بالأمانة والتحرر من اللعبة ، ولا تتضمن دوافع خفية ، وتستخدم فيها ملاطفات مستقيمة تلقائية على نحو متبادل . وتحدث فى أوقات الشجاعة حين يخف الناس للانقاذ أو بين محبين يستمتعان بوقتهما .

ويمكن استخدام كل من الطرق الستة السابقة للحصول على ملاطفات إيجابية أو سلبية فالانسحاب مثلاً قد يكون إلى اكتئاب ، أو قد يكون بقصد الانتعاش الروحى . ولكن يغلب أن تستخدم اللعبة لملء الوقت بمشاعر سلبية ، بينما يتحتم أن تتجه الحميمية وجهة إيجابية وإلّا تحل نفسها .

تحليل نص الحياة Scrip i Analysis :

يستخدم مصطلح « النص » فى التحليل العبر – تفاعلى للإشارة إلى خطة الحياة التى يعدها الفرد فى مرحلة مبكرة من عمره ولبقائه فى العالم ، وكما يدرك الطفل الصغير هذا العالم . ويستخدم هذا النص بوصفه خطة القاعدة الأساسية لقضاء بقية الحياة . فالنص هو تحديد وشرح لنمط الحياة الذى يبدو أن الشخص يتبعه فى حياته كلها على مداها الزمنى وتقوم على أساس سلسلة من القرارات والتكيفات . وتقرر النسخة الأصلية أو البروتوكول عادة فى مرحلة مبكرة جداً بوصفها الوسيلة الأفضل من غيرها للاستجابة لتوقعات الوالد والحصول على رضائه . وتكون النسخة الأصلية عادة غير منقحة بالقدر الكافى الصالح للراشدين ، فتمر بسلسلة من التعديلات فى عملية الحياة المبكرة . واللوح (القابل للمسح) palimpsest هو نسخة أولى تمثل نموذجاً للطفولة تخلى الطريق لنص مدرك أو لنص إجرائى ، وأخيراً لنص ثانوى معدل يسمى « النص المصوب » أو المستهدف shooting script وهو النص الذى يحاول الشخص تحويله لواقع عن طريق إدما– أفعاله فى حياته .

فمثلاً ، يتعلم الطفل منذ البداية طريقة للبقاء عن طريق الصراخ مثلاً أو عن غيره من الطرق . فيعمم من هذه الطريقة إلى مجموعة من قواعد الحياة تشكل بداية النص . ومن مدخلات هذا النص ملاطفات الوالدين ، سواء كانت إسراع الأم إلى جانبه أو ابتسامتها له أو سلبية انتباهها له . ويشبه نص الحياة النص المسرحي . فهناك « ثيما » عامة تلخص فى كلمات قليلة ، تسمى « أمراً » أو « وصية » أو « نصيحة » أو « إنذاراً » injunction وهى تتطلب قواعد يستجاب لها من خلال اختيار الفرد لأشخاص معينين بوصفهم أصدقاء أو مستخدمين أو بوصف الفرد شريكا فى حياة زوجية . وهناك أيضا خطوط للكلام وأوقات للضحك أو للظهور بمظهر الحزن أو الغضب ، إلخ . وهناك كما فى المسرح ذروة الدراما وخاتمتها فى صورة عائد مبرمج مسبقاً . ويعمل النص عادة مدى الحياة ، ولكنه قابل للتعديل أو التغيير فى حالات الخطر أو التراجيديا أو التحول إلى وجهة نظر أخرى . ورغم أن نصين يمكن أن يتشابها ، إلّا أن النص الواحد مثل بصمات الأصابع ، لا يشبه النص الآخر تماماً .

ويصنف النص فى إحدى الفئات الثلاث التالية : (١) نص خاسر loser : خبرات سلبية أكثر ، تفكير سلبى ، مشاعر سلبية ، نهايات تراجيدية ، وهى تسمى أحياناً hamartic (كلمة يونانية معناها إبادة الشخص لحياته) ؛ (٢) غير كاسب nonwinner ، وفيه ترجح كفة الإيجابيات على السلبيات ، وطبقاً له يوّشك الشخص دائماً على تحقيق هدفه ولكنه لا يصل إليه أبداً ؛ (٣) الكاسب winner ، وطبقاً له يحقق الشخص ما يريد تحقيقه . وينتهى الأمر غالباً بالخاسرين إلى المحاكم والسجون .

ويحدد نص الحياة بنية الوقت على النحو التالى فى تقدير بيرن (١١ ، ص ٦٧) .

١ – النص « لا – أبداً » never script لا يحقق الشخص ما يريده أبداً ولا يحصل على ما يريده أبداً .

٢ – النص « دائماً » always script ويتعين فيه اتباع خط معين فى الحياة مثل العمل الدائب الدائم .

٣ - النص « إلى أن » until script يتعين أن ينتظر الفرد إلى أن يحدث شيء أو إلى وقت معين قبل أن يبدأ القيام بالعمل المطلوب .

٤ - النص « بعد » after script ومن أمثلته المتاعب بعد الزواج وبعد النجاح وبعد سن الخمسين .

٥ - النص « أكثر وأكثر » over and over script يرجع النص الشخصى لكى ينجح ولكن ليس تماماً .

٦ - نص « النهاية المفتوحة » open end script : عدم التخطيط لما سوف يفعله الشخص بعد إكمال برنامج النص ، أى حين يغادر الأطفال العائلة ، أو الإحالة إلى التقاعد أو الحصول على الثروة .

والطريقة الأخرى فى النظر إلى النص هى فى ضوء الموقف الذى يختاره الفرد حين يواجه العالم ، ويتلخص فى مختلف صور "Not - Ok , Ok" « طيب وغير طيب » . وقد سبق أن أشرنا إلى أن هناك أربعة مواقف حياة . ويبدو أن معظم الناس فى المراحل الأولى من تدريبهم يقررون موقف : « أنا غير طيب - أنت طيب » . وهو أمر متوقع فى عالم يحس فيه الصغير بأنه أصغر من الكل وأنه يعتمد عليهم فى كل شيء تقريباً . وتحت الظروف القاسية يختار الموقف : « أنا طيب - أنت غير طيب » ، وقد ينتهى هذا الموقف إلى صورة من السوسيوباثية . وينتج الموقف : « أنا غير طيب - أنت غير طيب » ، عن بيئة تفيض بالرسائل المزدوجة الثقيلة ويمكن أن ينتهى بتوجه فصامى . أما الموقف : « أنا طيب - أنت طيب» فهو يقرر عادة فى حالة أنا « الراشد » فى مرحلة متأخرة من الحياة ، بينما تقرر المواقف الثلاثة الأولى فى مرحلة مبكرة .

ويستمد ما يسمى « نصاً فرعياً » subscript من الأجداد ، وهو أقل قوة ويحتل مرتبة ثانوية . وكان يسمى « النص المضاد » counter script لأنه قد يتعارض مع النص الأساسى أو هو نص حياة بديل يقوم على أساس تعاليم الوالدين عن كيف يكون ليس فقط « طيباً » OK ولكن يكون أيضاً « آمناً » safe . وعادة يتأرجح نمط الحياة للشخص بين نصين : « نص مضاد » بناء ولكن ربما غير مثير ، ونص مثير ولكن ربما ضار وخطر . ونظراً لأن النص يقوم على أساس سلسلة من القرارات ، فقد يمكن للشخص إذا ما عرفت هذه القرارات أن

يصححها أو أن يعيد اتخاذ هذه القرارات بصورة تعطى لنمط حياته اتجاهاً جديداً كلية . وهدف العلاج النفسى هو حل الخلط الذى يعانى منه المريض ، وذلك بصورة مخططة جيداً عن طريق سلسلة من العمليات التحليلية والتركيبية تشتمل على : (١) إزالة التلويث decontamination ، أى أنه حيث تحرف استجابات ومشاعر ووجهات نظر المريض ، فإن الموقف يصحح عن طريق عملية تماثل التشريح ؛ (٢) إعادة الشحن recathexis ، ويعنى ذلك تغيير التأكيد الفعال الذى يوليه المريض لمختلف جوانب خبرته ؛ (٣) التوضيح clarification ، ويعنى أن المريض سوف يتوفر له قدر من الفهم لما يحدث بحيث يستطيع الاحتفاظ بالظرف الجديد فى صورة ثابتة ، وعلى أمل أن يستطيع أن يمد نطاق العمليات السابقة دون مساعدة المعالج ، إلى المواقف الجديدة التى سوف يواجهها بعد إنتهاء العلاج ؛ (٤) إعادة التوجه recorientation ، ويعنى أنه نتيجة لكل هذا ، فإن سلوك المريض واستجاباته وآماله سوف تتغير إلى ما يمكن الإجماع على أنه سلوك بناء بقدر أكبر .

ما بعد التشخيص :

يلى التشخيص فى التحليل العبر – تفاعلى التركيز على أربعة مجالات هى : العقد ، الاستثارة ، والبنية ، والقرار .

العقد : والقصد منه توضيح ظروف وأهداف العلاج . وهناك ثلاثة أنواع منه هى :

(أ) عقد العمل business contract : ويوضح طبيعة العلاقة المهنية ويهتدى فيه بالاعتبارات التالية : (١) الاتفاق المتبادل (أى أن العمل معاً أمر اختيارى) ؛ (٢) اعتبار الصدق (أى أن العلاقة لها قيمة تتمثل فى الوقت والجهد والمهارة وتدبير المكان المناسب من جانب المعالج ودفع التكلفة من جانب العميل) ؛ (٣) الكفاءة : (أى أن يتسم كل من المعالج والعميل بكفاءة الدخول فى علاقة علاجية) ؛ (٤) الموضوع القانونى legal object . أى استخدام كل من القانون والأخلاقيات للتوصل إلى غايات قانونية وخلقية .

(ب) عقد العلاج treatment contract : ويسمى أيضاً « عقد التغيير » change contract وهو يوازن بين مطالب مهارات وجهود أو خدمات المعالج وبين جهد العميل وبذله للطاقة . ويحدد العقد أهدافاً معينة للعمل العلاجى .

(جـ) اتفاق العمل working agreement : ويتضمن مهمة معينة يوافق العميل مع جماعته على إنجازها بناء على طلب من المعالج أو من الجماعة ، كأن يقدم مثلاً إرجاع أثر (تقريراً) عن المشاعر فى الجماعة . فإذا كان العمل خارج الجماعة اسمى « واجباً منزلياً » home work .

الاستثارة stimulation : ومن صوره « الملاطفة » ، وهى وحدة من التبادل الاجتماعى والانتباه الاجتماعى . ويمكن أن تكون فيزيقية أو لفظية أو غير لفظية . وتشير البحوث إلى أن الوليد يتطلب استثارة فيزيقية أو ملاطفات كى ينمو أو كى يبقى . وهى هامة إلى حد أنه إذا لم تتوفر الملاطفات الإيجابية ، فإنه يستعان بالسلبية . أى أنه من الأفضل للطفل أن يضرب بدلاً من تجاهله . والملاطفة السلبية أفضل من لا شىء . وتشمل الملاطفات الفيزيقية مدى متنوعاً يتراوح من إمساك الأم بوليدها بين ذراعيها إلى الاتصال الجنسى . وتشمل الملاطفات اللفظية كلمات التشجيع والجدال وتبادل التحية والكلمات الدالة على الحميمية . وتشمل الملاطفات غير اللفظية الابتسامات والهدايا والانتخاب لوظيفة عامة .

ويمكن أن تصنف الملاطفات إلى : إيجابية شرطية positive conditional (أحب مظهرك فى هذا الملبس) ؛ إيجابية غير شرطية (أحبك) ؛ سلبية شرطية (لا أحبك حين تدخن) ؛ سلبية غير شرطية (أكرهك) . ويغلب أن تكون الملاطفات الشرطية هى الأكثر قبولاً سواء كانت إيجابية أو سلبية . وأشدها صعوبة فى تقبلها هى الإيجابية غير الشرطية . وقد تكون السلبية غير الشرطية بالطبع مدمرة .

والملاطفات الإيجابية حيوية فى عملية العلاج . فمثلاً ، يصعب أن يوجد الاكتئاب فى وسط ملاطفات إيجابية . وهى تؤدى إلى الوضوح والشجاعة فى التعامل مع الغضب الكامن وراء الاكتئاب . ويتعلم العميل فى العلاج العبر –

تفاعلى أن يستمع إلى الملاطفات وأن يسعى إليها ، وذلك بخمس طرق هى : (١) اطلب الملاطفة التى تريدها ؛ (٢) قدم الملاطفة التى تريد تقديمها ؛ (٣) تقبل الملاطفة التى تريد تقبلها ؛ (٤) ارفض الملاطفة التى لا تريدها ؛ (٥) الملاطفة الذاتية . وكلها طرق غير مألوفة فى الحياة وفى التنشئة الاجتماعية .

الإبعاد Discounting : هو جزء من إعادة التدريب يعنى إنقاص قيمة ما له قيمة من الأشياء والانجازات والسلوك والأشخاص . وتبدأ كل لعبة بإبعاد . فمثلاً « أنا أحبك » يمكن أن تتعرض للإبعاد من خلال الاستجابة بالطرق التالية : (١) الإنكار : « لا ، أنت لا تحبنى » ؛ (٢) عدم الثقة : « ماذا تعنى ؟ » ؛ (٣) التجاهل : « أخشى أن السماء سوف تمطر » ؛ (٤) التضخيم : « إذا كنت تعرفنى حقيقة لكنت تحبنى أكثر » ؛ (٥) الشرح : « لقد خلق كل منا للآخر » . وفى خبرة الجماعة ، يتعرف الأعضاء على كلمات وعبارات الإبعاد ، ويلفت النظر إلى ذلك انتباه من يقوم بالإبعاد . فعبارة مثل : « أنت تعرف » قد تكون نتيجة الانتقال إلى حالة « الطفل » لتحريك الشخص الآخر إلى حالة « الوالد » . ووقف الإبعاد ، وزيادة الملاطفات الإيجابية وجهان لعملة العلاج يتعلمهما العضو من خلال الكلمة والنموذج والتقبل .

البنية Structure : يتعين تحديد البنية أو إحلالها من خلال استخدام أدوات التشخيص السابق عرضها ، وذلك لتحريك العلاج فى وجهة موقف « طيب » OK . وباستخدام استبصارات التحليل البنيوى ، يحاول المعالج أن يمد « طفل » العميل بالوقاية والإذن والقوة .

ويمد المعالج العضو بالوقاية الفيزيقية والسيكولوجية لتجريب السلوك الجديد والبحث فى الجذور الانفعالية للنص وإعادة اتخاذ القرار . ويبدأ فى إعادة تسجيل العادات لمساندة القرار . ويعطى الأمان المستمد من الوقاية ، العميل الإذن للنجاح والوجود والتفكير والشعور والقرب والثقة والانتماء وأن يكون مهماً ، والإذن بالاستخدام المؤقت للوالد فى المعالج أو فى أعضاء الجماعة بدلاً من « والد » الطفل . وبذلك يعطى « حيز » للطفل الحر للنمو و « وقت » لتحديث « الوالد » . ويتطلب إعطاء الوقاية والإذن قوة المعالج من خلال تقبل موقف « طيب » OK فى ذاته والاستخدام الحذر لكل حالات أناه . وفى عملية الوعى

باللعبة وبالخطة فى الجماعة ، يتحقق فهم السلوك والتفاعل المدمر . كما ترسم الأشكال المألوفة للوالد والراشد والطفل ، ويعطى العضو فرصة لإعادة البنيان ، كما يرسم « النص المصغر » mini script ومنه « النص المصغر : غير طيب » NOT OK ، ويشتمل على الأوامر والمشاعر والأفكار والسلوك المصاحب لحركة النص لكى يتيسر رسم نص مصغر من نوع « طيب » OK .

وتشمل هذه النصوص : المحرضات drivers وهى خمسة : « كن كاملاً » ؛ « كن قوياً » ؛ « عليك أن تشعرنى بالسرور » Please Me ؛ « أسرع » ؛ « ابذل مجهوداً أكبر » . وهى تعنى أن الشخص تحرضه ذاته لعمل ما يعمل . وتشمل أيضاً : الموانع stoppers ؛ والعائد pay off ؛ والإثارة provocation . وتستخدم الرموز التالية : الأوامر : (⟵) ؛ المشاعر (⋧) ؛ التفكير («) ؛ السلوك (⟶) .

القرار : النص والخطة واللِعَب المساندة للنص ، والتى تغذى بمشاعر سلبية مستمدة منها تبدأ كلها بقرارات . فالشخص هو الذى يقرر النص . ويكمن وراء هذا القرار قرار أساسى بالحياة . فمثلاً ، قرار مبكر « لا تقترب » don't be close يتخذ فى بيئة يسبب فيها القرب من الكبار ألماً أو خطراً « للطفل » . ومن ثم فإن قرار البقاء من خلال الأمر « لا تقترب » رغم أن الفرد اتخذه لوقاية ذاته ، إلّا أنه يصبح سبباً لآلام أخرى حين يريد الاقتراب من الآخرين ويجد نفسه عاجزاً عن ذلك . ويوضح للعميل أن قراراً مبكراً مثل الشعور بالذنب أو اليأس اتخذ فى الطفولة لم يعد ملائماً ويشجع على رؤية القرار فى ضوء البقاء ، وأن يفهم أن نفس قوة القرار متاحة له فى اللحظة الحاضرة . والوعى والاستبصار من قبل الراشد هما الخطوة الأولى نحو إعادة إتخاذ القرار ، ويليها الاتصال بذلك الجزء من « الطفل » الذى اتخذ القرار الأصلى . وتستخدم لهذا الغرض الأساليب الجشتالتية والسيكودراما والتأمل الموجه . وهو ليس تعهداً قبل المعالج أو الجماعة أو الذات ، ولكنه قصد بتوجه يقرره العميل فى ضوء احتياجاته ورغباته وفى ضوء اعتبارات خلقية من جانب « الوالد » ، واعتبارات منطقية من جانب « الراشد » واعتبارات مريحة من جانب « الطفل » . ويتمثل القرار تدريجياً فى سلوك جديد ومشاعر واعتقادات جديدة .

يرى هولاند (١٣ ، ص ٣٧٨) أنه بالرغم من الثراء النظرى السابق عرضه ، فإن التحليل العبر - تفاعلى ينزع إلى أن يستعير الكثير من الأساليب التطبيقية من المصادر الأخرى ، ومنها السيكوذراما (مورينو) ، وأساليب العلاج الجشتالتى (بيرل) والأساليب التى ابتكرها جورج باش . ويمثل ذلك فى تقدير هولاند ضحالة فى الابتكار من حيث مستوى العملية العلاجية بعكس الثراء فى النظرية . ويطبق العلاج عن طريق التحليل العبر - تفاعلى عادة فى جماعات علاجية ، وذلك بالرغم من أن بيرن قد عمل مع أفراد من المرضى .

ويمكن تقسيم عملية العلاج إلى سبع خطوات هى :

١ - الثقة فى الآخر : وتبدأ منذ لحظة اتصال العميل بالمعالج طلباً للمقابلة . وتستمر فى الجلسة الأولى خلال جمع البيانات وإعداد عقد التغيير العلاجى . ويعنى ثقة العميل بالمعالج بوصفه شخصاً قادراً على العمل معه وتقبله . كما أن الثقة من قبل المعالج تعنى الثقة فى توفر الواقع لدى العميل للمعالج ؛

٢ - الثقة بالذات : وهى تلى الثقة بالآخر وتبنى عليها ، وتعنى التغير الحقيقى والدائم ؛

٣ - الانتقال إلى الجماعة : وقد ينخرط العميل فيها من البداية أو بعد عدد قليل من الجلسات الفردية .

٤ - « العمل » : ويعنى كل ما يحدث منذ أول سؤال يوجهه المعالج « ما الذى أحضرك إلى هنا ؟ » إلى آخر كلمة يقولها له : « أتمنى لك حياة طيبة » . ويعنى به عمل ما يجب لتحقيق التغيرات المتعاقد عليها ، وتشمل التحرر من الخلط والارتباك لدى « طفل » العميل ، وتحديث « الوالد » ، وتقوية الراشد وإعادة كتابة النص ؛

٥ – إعادة إتخاذ القرار : وهو مركزى للعمل العلاجى الناجح ، وتتطلب مشاركة حالات الأنا الثلاث ؛

٦ – التكامل : أى تكامل إعادة القرار مع بقية أجزاء الحياة .

٧ – إنهاء العلاقة : وذلك حين يصبح من الصعب تسويغ العائد من حيث الوقت والمال والجهد ، ومن المألوف أن يعطى العميل إنذاراً قبل موعد إنهاء العلاقة بثلاث جلسات لمراجعة عقد العلاج ، وللتعرف على استعداد الحالات الثلاث لإنهاء العلاقة ، ثم التعبير بكلمات الحب والمشاعر الطيبة والوداع .

ويتراوح حجم الجماعة العلاجية عادة من ٥ إلى ٧ مع حد أقصى حوالى ثمانية أفراد ، وتجتمع مرة فى الأسبوع ، تمتد كل جلسة إلى ٩٠ دقيقة أو ساعتين . وتبدأ الجلسة فى موعدها المحدد وتنتهى أيضاً فى موعدها المحدد . وتنتظم طريقة الجلوس بحيث يتاح لكل فرد أن يرى كل الآخرين بما فيهم المعالج . ويوجد غالباً فى مقر الجلسة سبورة أو ما يماثلها يمكن لكل الحاضرين رؤية ما يكتب عليها . وقد يوجد أيضاً مسجل صوتى أو مسجل على شريط فيديو . وتكتسب هذه الوسائل أهمية كبيرة فى التحليل البنيوى ، إذ أنها تمكن كل شخص من أن يكون ملاحظاً ذاتياً ، فييسر ذلك إجراءات تعيين الحدود وإزالة التلوث من حالة أنا إلى أخرى .

ويتم توزيع الأعضاء على الجماعات العلاجية عشوائياً طبقاً لدرجة استعداد العضو للانضمام إلى جماعة ، وطبقاً لأوقاته المفضلة ، وما إذا كان يمكن ضم أعضاء جدد للجماعة . ومن المفيد تعريف العضو الجديد مقدماً بأسماء أعضاء الجماعة ، وتعريف الجماعة باسم العضو الجديد . وتتراوح أعمار الأفراد عادة من ٢٠ إلى ٦٠ عاماً مع كثرة فى الأعمار الأصغر . ولا يستحسن كما سبق القول أن يتجاوز حجم الجماعة ثمانية أفراد ، لأن هذا التجاوز يبطئ العمل ويؤثر فى التفاعلات أو فى قدرة المعالج على الوعى بما يجرى فى الجماعة وحاجة العضو إلى الوقت والحيز للعمل . والجماعة العلاجية مفتوحة النهاية ينضم إليها العضو لمدة ثلاثة شهور على الأقل . وعند ما ينتهى العميل من « عمله » يعلن ذلك ويسمح

بدخول آخرين فى الجماعة . ويستغرق العلاج عادة ما بين تسعة شهور إلى سنة ، إلّا أن هناك بالطبع من يحتاجون إلى أقل أو أكثر من هذه المدة .

ويراعى أن يكون فى نهاية حجرة الاجتماع باب زجاجى يفتح للخارج ، وفى الجانب الآخر مكتبة صغيرة بها كتب يمكن للعملاء استعارتها . وتغطى الحوائط برسوم باهتة فيما عدا الحائط فى نهاية الحجرة ويستخدم بوصفه سبورة ، فتغطى بأوراق بيضاء لرسم الأشكال ولتسجيل التعليقات الهامة أو لعمل مصفوفة نص . والأفضل أن يجلس الأعضاء فى دائرة على كراسى متحركة .

وفى العلاج عن طريق التحليل العبر – تفاعلى ، تؤخذ الكلمة المنطوقة مأخذ الجد تماماً . فالوعى بأن الكلمات التى نقولها هى سلوك يدعم الاعتقادات عن أنفسنا . وأحياناً يطلب من العميل فى العقد العلاجى أن يستخدم كلمات طفل التاسعة ، وذلك بقصد إعطاء الفرصة « للطفل » أن يتكلم ، ومن ثم يمهد السبيل للتغيير بعيداً عن « الراشد » و « الوالد » وكذلك ، فإن معظم الملاطفات والتعبير عن المشاعر يكون فى كلمات . ومن المفيد الاستعانة بالألوان للفصل بين الأفكار والمشاعر وبين الأنواع المختلفة من المشاعر ، وكذلك للتمييز بين الوالد والطفل ، ولإظهار الحركة فى « العمل » . فمثلاً ، قد يستخدم اللون البنى للتعبير عن الاكتئاب ، والأزرق للاحتمالات الجديدة ، والأخضر لإعادة اتخاذ قرار . وفى أغلب الحالات ، يكون المعالج هو من يستخدم السبورة ، ولكن من المفيد أن يضيف إليها العضو بكلمة أو جملة تؤكد القرار الجديد .

ويستخدم أعضاء الجماعة أيضاً بوصفهم وسائل للإعداد للسيكودراما . فمثلاً ، يطلب من العضو أن يختار « عائلته » من بين الأعضاء ، وأن يحركهم كيفما يشاء فى علاقاتهم المكانية . ويمكن أن يوجه العضو خطوطاً « لأعضاء العائلة » أو يترك لهم قول ما يخطر لهم فى أدوارهم بوصفهم أماً أو أباً ، إلخ . ويسمح وجود أثاث من كراسى بالحجرة بتطبيق الأسلوب الجشتالتى المعروف باسم « الكرسى الخالى » ، وفيه يوضع كرسى خالٍ أو أكثر أمام العضو طبقاً للعمل المطلوب ، ويطلب منه أن يضع فى الكرسى شخصاً معيناً أو جزءاً من نفسه . ويبادىء العضو بحوار مع من يتخيله فى الكرسى ، ثم يصبح العضو نفسه الطرف الآخر ويستجيب لما بادأ به . وفى هذه العملية ، تتاح الفرصة للعميل كى

يفصل بوضوح بين جوانب ذاته وأن يتكامل مع الطاقة المستخدمة فى حرب مع نفسه ، وأن يزيد ويبلور وعيه بحالات الأنا الأخرى التى يكون لها عادة اتجاهات معينة نحو الحالة المتخيلة . وتفيد هذه العملية بخاصة فى حالة الأشخاص الذين يعانون من صراعات داخلية قوية دون وعى بأطراف الصراع وموضوعاته . وغالباً ما يتضح بسرعة أن الصراع نوعى وعيانى وليس عاماً أو منتشراً .

ويستخدم الورق والقلم (٨ً × ١١ً) وعلى الأوراق حروف كبيرة مطبوعة تمثل حالة من حالات الأنا ، فتستخدم ست أوراق تمثل : الوالد الناقد ؛ الوالد الراعى ؛ الراشد ؛ الطفل المتوائم ، الطفل المتمرد والطفل الحر . وتسمى هذه الأوراق « مربعات حالات الأنا » ego-state squares . وفى هذه العملية ، يطلب من العضو أن يضع « مربعات حالات الأنا » وسط الجماعة ثم يقف عليها ، واحدة فى كل مرة ، ليقول ما تقوله حالة الأنا عن إنهاء العلاقة أو عما يحدث أن يكون بصدد « عمله » . ومن الأساليب المفيدة أيضاً ، رسم « الإيجوجرام » ويقوم به كل عضو ، وكذلك القائد فى فترة قصيرة من ٨ إلى ١٠ دقائق . ثم يقرأ كل فرد الإيجوجرام الذى رسمه بصوتٍ عالٍ ، وبعد أن ينتهى الجميع يخصص وقت للتوضيح . وهو تمرين مفيد ، لأنه يظهر للشخص كيف يرى نفسه فى إطار الآخرين ، وييسر له فتح منافذ جديدة للوعى ، ومن الوسائل المعينة أيضاً الطباشير الملون والصلصال والكولاج والرسم بالألوان على أوراق كبيرة ، ولكنها أكثر فائدة فى « الورش » التى تستغرق ست ساعات (minithons) (١١ ، ص ٩٣) . وبدلاً من « الكرسى الخالى » قد يطلب من العميل مواجهة شخص آخر عضو فى الجماعة يحل محل حالة الأنا التى يجد صعوبة فى التعامل معها ، وأن يستجيب كما يعتقد أو يتخيل أنها قد تستجيب به على أساس ملاحظته للشخص . وقد يمكن بهذا الأسلوب أحياناً خلق مواقف دقيقة تشمل أشخاصاً لهم أهميتهم فى حياة المريض ، بما فى ذلك المريض نفسه فى مرحلة عمرية مبكرة . إلّا أن دقة الموقف ليست ضرورية لتحقيق كفاءة العملية ، حيث أن عدم الدقة قد ينبه المريض إلى إعادة خلق موقف أكثر دقة فى التفاصيل المرتبطة بالشخص المتمضن . وفى النهاية ، قد تمتد هذه العملية إلى التمذجة العائلية التى سبق الإشارة إليها family modeling ، ويطلب فيه من الشخص تخيل منظر يشتمل قدر الإمكان على أكبر عدد ممكن من الأفراد الهامين فى حياته منذ

طفولته ، بما فى ذلك ذاته . ويعرّف الشخص الموقف ويهيىء المسرح ، ويستخدم أعضاء الجماعة ليمثلوا مختلف أعضاء العائلة ، وذلك بما يتفق تماماً مع الموقف المختار الذى يتذكره الشخص . وقد تنشأ عن ذلك أنشطة مختلفة المقادير ، ويدير فيها الشخص المسرح ، كما يمثل ذاته عند نقطة مختلفة . وتكتسب هذه العملية قيمة خاصة فى المواقف التى حال فيها « الإبعاد » ، دون وعى مرتفع من جانب حالات أنا معينة .

وثمة عملية مشابهة ولكنها مختلفة فى أساسها عما سبق أطلق عليها جون دوساى (١٣ ، ص ٣٨٠) عنوانِ « بروفة النص » script rehearsal . وفى هذا الإجراء ، يقوم المعالج بدور مدير المسرح . ويقوم المريض بدور « النجم » star ، ويجلس وجهاً لوجه مع نجم مشارك costar أى الشخص الآخر الأكثر أهمية فى حياة المريض . ويختار عضوان آخران للجلوس فى موضع بارز خلف النجم ليمثلا حالات أنا « الوالد » ، ويجلس مرضى آخرون على الأرض وعلى جانبى النجم ، بعد أن يخلعوا عادة أحذيتهم ليمثلوا حالات أنا « الطفل » . ويقوم المريض بدور الملاحظ والحاسب computer ليسجل كل ما يدور ، وليلاحظ مختلف المظاهر السلوكية للنجم استجابة للمثيرات المقدمة من مختلف حالات الأنا وليقدم تقريراً عنها . وهو يمثل حالة أنا « الراشد » . ويطلب من النجم والنجم المشارك أن يمثلا الموقف الذى يتضمن المشكلة التى يواجهها المريض . وبينما هما يقومان بذلك ، فإن كلا من المرضى الآخرين يقومون فى نفس الوقت بالاستجابة طبقاً لحالات الأنا المعينة لكل منهم . ويستغرق المنظر حوالى ١٠ دقائق تتبعها ١٠ دقائق أخرى للمراجعة . وقد يطلب المعالج (المدير) تبادل حالات الأنا المعينة للمرضى ، وإعادة تمثيل المنظر . وطبقاً لدوساى ، فإن مراجعة المنظر تكون عادة مناقشة حية بين « راشد » و « راشد » حول ما حدث ، مع التركيز على استجابات « النجم » و « النجم المشارك » لمنبهات معينة أو حول قدرة أو عدم قدرة المريض على شحن حالة أنا معينة .

وتهدف هذه الأساليب إلى اكتساب القدرة على تمييز حالات الأنا . ولذلك ، فإن سؤالاً يكثر ترديده فى الجماعة العلاجية هو : « أى حالة من حالات الأنا أنت فيها ؟ » أو « أى جزء فيك يتكلم الآن ؟ » أو « أى جزء منك قال ذلك ؟ » ويستجيب الشخص الذى يوجه إليه السؤال فى ضوء وعيه الذاتى ،

الذى يضبط فى ضوء الملاحظة الاجتماعية لأعضاء الجماعة . وإذا كان للشخص أى سؤال عن التشخيص الاجتماعى ، فإن جهاز التسجيل يمكن إدارته لكى يساعده على رؤية سلوكه أو سماعه بحيث تتوفر له نفس البيانات التى استجاب لها أعضاء الجماعة . وعادة يكفى لتوضيح أى أسئلة عن حالات الأنا المتضمنة فى شرائح معينة من سلوك الشخص الاستعانة بملاحظته الذاتية بالإضافة إلى رأى الجماعة والمعالج خلال فترة زمنية . ومن المتوقع أن يصبح كل عضو فى الجماعة خبيراً فى تمييز حالات الأنا التى يعمل منها الفرد فى وقت معين . وهذا الوعى ليس فقط مهما فى حد ذاته ، ولكنه أيضاً أساسى لاكتساب القدرة على شحن حالة أنا معينة طبقاً لإرادة الشخص ، وهو هدف دينامى رئيسى للتحليل العبر – تفاعلى .

وبالإضافة إلى أسلوب « الكرسى الخالى » و « بروفة النص » فإنه قد يستعان فى عملية التحليل العبر تفاعلى بعدد من الأساليب المتخصصة ، بمعنى أنها تستخدم بواسطة بعض ، وليس بالضرورة كل المحللين العبر – تفاعليين ، مثلها فى ذلك مثل الأسلوبين السابقين . ومن هذه الأساليب أسلوب « التحديد » أو « التتبع » (Track down) ويستخدمه توم هاريس ولارى مارتز (١٣ ، ص ٣٨٠) من معهد ساكرامنتو (كاليفورنيا) للتحليل العبر – تفاعلى . وتبدأ هذه العملية بمشاعر غير طيبة يريد الشخص أن يتعلم كيف يتعايش معها بصورة أكثر كفاءة . فيطلب منه أولاً تعريف هذه المشاعر بدقة وعناية ، ثم يطلب منه تحديد أو تتبع حالة الأنا التى ترتبط معها هذه المشاعر . وهكذا ، يزداد وعى الشخص بأنه نادراً ما تغلفه مثل هذه المشاعر كلية ، بالرغم من أن حالة أنا واحدة منها قد تغلفها هذه المشاعر . وهو فضلاً عن ذلك ، سرعان ما يتعلم أن مثل هذه المشاعر الطاغية ، تخبر عادة فى حالة أنا « الطفل » ، وأن ضبط شحنة « الطفل » هو شرط ضرورى للحصول على درجة مفيدة من ضبط الشخص لمشاعره .

وتتركز مجموعة أخرى من العمليات فى العلاج حول العملية الدينامية لإعادة الشحن recathexis ، أى تغيير احتمال أن تستطيع حالة أنا معينة أن تشحن فى موقف معين ، أو تغيير احتمال أنها سوف تشحن فى هذه الموقف . فإن كل العمليات السابقة الهادفة إلى زيادة وعى المريض بحالات أناه تسهم أيضاً فى زيادة قدرته على ضبط شحن حالات أناه طبقاً لإرادته الذاتية . ويذكر للمريض

أنه يستطيع إذا شاء ألّا يستمع للكثير من « السكونيات » (a lot of static) من حالة أنا « الوالد » كما أنه يستطيع إذا شاء ألّا يستجيب للكثير من المنبهات الاندفاعية أو الانفعالية من جانب حالة أنا « الطفل » . ويتشكك المريض عادة فى إمكانية قيامه بذلك، نتيجة لما تعرض له خلال السنين من دغاية سيكياترية تتضمن أن كل أنواع الخبرة الداخلية والسلوك الخارجى تخرج عن نطاق إرادته وضبطه . ويتطلب التغلب على هذا الاعتقاد فهماً وتحليلاً لعملية « الخلاص » (cop-out) (١٣ ، ص ٣٨٠) . وللدور المعالج المتكرر بوصفه « منقذاً » أو « مخلصاً » rescuer فى حياة المريض : ويتمثل هذا الخلاص أساساً فى « عذر » excuse يقدمه المريض عن خبرة يعانيها أو عن سلوك يقوم به . ويأخذ هذا العذر فى أبسط أشكاله صورة « لا أستطيع » وذلك بقصد الحصول على الغفران من شخص هام له . ومن الواضح أن الشخص يتعلم فى طفولته الأعذار المقبولة من الأشخاص الهامين فى عائلته أو بيئته « أنت تعلم أننى دائماً غبى ، أنت نفسك تقول لى ذلك دائماً ، ولذلك فإنك لن تغضب منى » . وإذا قبل المعالج نفس الأعذار من العميل ، فإن ذلك ييسر له تكوين علاقة طيبة معه .

ولكن ذلك يخلق أيضاً مشكلات المقاومة للتغير بعد ذلك من جانب العميل ، الذى قد يتوقع نتيجة لذلك أن المعالج يملك وسائل سحرية لتحقيق علاج دون أن يبذل العميل جهداً . وهذا العلاج هو ما يسميه بيرن « التفاحة الذهبية » (golden apple) . ويعنى ما سبق بلغة أخرى أن الناس الذين يعفون أنفسهم من القيام بأنواع معينة من السلوك ، بما فى ذلك الضبط الإرادى لحالات الأنا ، إنما يفعلون ذلك عن طريق « الخلاص » أو « الهروب » (cop-outs) . ولذلك فإن تحليل عملية الهروب يشكل وسيلة يتعرف عن طريقها الناس على قدرتهم الذاتية على تحديد مشاعرهم ودفعاتهم وعواقبها . وهذه خطوة هامة فى العملية التى يعرفها بيرن بأنها « إعادة شحن » أى التأكيد للناس بأنهم فعلاً يستطيعون التأثير على حالات الأنا التى يعملون منها نتيجة اختيارهم للعمل من خلال حالة أنا معينة أو أخرى .

والوسيلة الثانية التى يتحقق عن طريقها إعادة الشحن هى من خلال العملية العامة التى سبق الإشارة إليها وهى « إعطاء الإذن » giving permission ويتضمن ذلك ، الإذن للمريض بتجاهل نواهى وتعاليم « الوالد » فيما يختص

بأنشطة حالات الأنا ، وبخاصة حالة أنا « الطفل » . ولكن ذلك يشمل أيضاً حالة أنا « الوالد » . وتعتبر فعالية المعالج فى التغلب على نواهى الوالد مقياساً لقدرته العلاجية . ولكى يكون للإذن فعالية ، فإنه يتعين توفير الحماية ، أى توفير مقدار من الطمأنة والإشعار بالراحة ، حيث أن تجاهل نواهى الوالدين ينتج عادة الشعور بعدم الراحة الذى قد يشتد فيتطور إلى حالة ذعر صارخ . ويوفر المعالج الحماية عن طريق طمأنة المريض بأنه يستطيع دائماً أن يلجأ إليه أو إلى أشخاص آخرين يمكن أن يوفروا له الطمأنة فى الوقت الذى يستخدم فيه الإذن ، وإلى أن يكسب ألفة وخبرة بكل حالات أناه . وتختلف طرق إعطاء الإذن من معالج لآخر . ويمكن اعتبار كل الطرق التى سبق عرضها فى التحليل البنيوى وسائل لإعطاء الإذن للتعرف على حالات الأنا وللخبرة المباشرة بها . كما يمكن إعطاء الإذن أيضاً عن طريق ما يسمى « الماراثون العلاجى » therapeutic marathon . وقد تقيم قواعد الماراثون ما يسمى « اقتصاديات الملاطفة الحرة » (a free stroke economy) ، وهو يقوم على أساس أن الملاطفة قد تطلب أو تقبل أو تعطى أو ترفض . ويصاحب إعطاء مثل هذا الإذن عادة تعليمات محددة وواضحة ، مثل تحديد مناطق الجسم التى يجوز تبادل الملاطفة من خلالها ، وبحيث لا تؤدى إلى استثارة جنسية ، وهى محرمة عادة .

والطريقة الأخرى لإعطاء الإذن تتم من خلال « المهام » assignments . وبالرغم من أن المهام تختلف اختلافاً كبيراً فى مضمونها المعين ، إلّا أنها أساساً تعليمات من المعالج لأداء عمل معين مثل ضبط وتوجيه المريض للحوار الذى يدور داخله بين حالات أنا « الوالد » و « الطفل » . وقد تتضمن القيام بسلوك معين مثل تحية ١٥ شخصاً على الأقل بالاسم خلال اليوم . ويستند مثل هذا الإذن إلى نظرية مؤداها أن المريض غالباً ما يعزف عن القيام بأنشطة بناءة نتيجة نواهى « الوالد » ، فيستخدم المعالج « الوالد » لإعطاء نواهى مضادة counter injunctions بحيث يمكن للمريض أن يخبر تأثير النشاط الممارس .

وتعالج إعادة شحن حالات الأنا عن طريق الهجوم المباشر على حالة أنا « الوالد » ، فيتضمن هذا الهجوم تحديداً دقيقاً للقيم والاتجاهات والمعتقدات الوالدية ، وذلك كما تظهر خلال تفاعلات المريض مع الجماعة العلاجية . ويرى بيرن (فى ١٣ ، ص ٣٨١) أن المريض يحقق تقدماً علاجياً إذا وافق على تقبل

« راشد » المعالج بوصفه بديلاً عن « والده » هو . وفى البداية يخطىء المريض فى إدراك « راشد » المعالج على أنه والده . وتتحقق خطوة علاجية هامة حين يدرك المريض أنه يعتمد على « راشد » المعالج وليس على والده هو . وحين يكون المريض مستعداً لتقبل « راشده » هو بوصفه متكافئاً مع « راشد » المعالج ، وبحيث لا يصبح المعالج ضرورة لازمة لحسن توافقه ، فإن المريض يكون قد وصل إلى نقطة منطقية يمكن عندها إنهاء العلاج .

وثمة عملية هامة أخرى فى إعادة شحن حالات الأنا هى « إلقاء خطاف » hooking فى حالة أنا « الراشد » . وتستند هذه العملية إلى قاعدة متضمنة وهى أن الاستجابة الاجتماعية لمنبه عبر – تفاعلى ، يغلب أن تصدر من حالة أنا متممة لتلك التى صدر منها المنبه . ويعنى ذلك أن أحسن طريقة لوضع خطاف فى حالة أنا « الراشد » فى شخص هى أن يكون الشخص الآخر فى حالة أنا « الراشد » وأن يقدم له منبهاً « راشداً » . والكثير من عمليات التحليل العبر – تفاعلى تصمم بحيث تستثير حالة أنا « الراشد » فى المريض . ومن ذلك « العقد العلاجى » الذى يمثل تفاعلاً عبرياً بين راشد وراشد ، يقف فيه المتعاقدان على قدم المساواة . وحتى عملية « المهام » التى قد تبدو أنها تفاعل عبرى بين والد وطفل ، تصبح اقتراحاً يستطيع المريض أن يقبله أو أن يرفضه . فالمهمة نفسها ، وكذلك « التتبع » track down يتطلب كل منهما القيام بعمل معين والملاحظة وتقديم تقرير أو مراجعة خبرات الذات . كل ذلك يشكل تحدياً لحالة أنا « الراشد » لدى المريض .

ويتوقف التأثير النهائى لإعادة الشحن لحالات الأنا على توفر وسيلة للتدعيم الفارق لمختلف حالات الأنا المشحونة قصداً أو تلقائياً خلال عملية العلاج . ويمكن أن يتم هذا التدعيم بأحد طريقين : داخلى وخارجى . ويتحقق التدعيم الداخلى بتزايد قدرة المريض على الحكم على نتاج الأنشطة المنسوبة إلى حالات الأنا المختلفة . فمثلاً ، يمكن توقع أن يكون تقبل نتائج القرارات الصادرة عن استخدام حالة أنا « الراشد » أكثر من تلك الصادرة عن استخدام حالات أنا « الوالد » أو « الطفل » . ويتحقق التدعيم الخارجى أساساً عن طريق « الملاطفات » وهى تعادل إعطاء الاهتمام الكامل بشخص آخر . ويشابه مفهوم الملاطفة فكرة

الاتصال الفيزيقى . ومن افتراضات التحليل العبر - تفاعلى أن كلا من الاتصال البدنى أو التقدير للشخص الآخر يشبع حاجة إنسانية أساسية . وهو وسيلة هامة للتأثير فى شحن مختلف حالات الأنا ، أى أن توفيره لحالة أنا معينة يزيد من احتمال شحنها ، كما أن نقصانه أو تقديم اتصال سلبى غير سار يقلل من احتمال الشحن . وربما كان الاستثناء لذلك الافتراض هو أنه حين يهبط مخزون التقدير لدى الشخص ، فإنه قد يفضل ملاطفة سلبية (نقد ، توبيخ ، إلخ ..) عن عدم الملاطفة على الإطلاق . وهكذا ، تتقدم عملية إعادة الشحن بثلاث وسائل معينة : (١) يصبح الشخص واعياً بحقيقة أنه يملك التحكم الإرادى فى الشحن ؛ (٢) يتعرف الشخص على العواقب الفارقة لحالات الأنا المختلفة ، وتشكل هذه العواقب عملية تدعيم فارق ؛ (٣) قد يدعم آخرون قصداً عن طريق الملاطفة حالات الأنا التى يرغبون فى زيادة شحنها ، بينما يفشلون فى تدعيم حالات الأنا التى يعتبرون أنها غير ذات جدوى للشخص أو يدعمونها سلبياً .

والخلاصة ، أن التحليل العبر - تفاعلى يتضمن فى أبسط صوره تدريب المرضى على التنبه إلى العمليات العبر - تفاعلية المنفصلة والمتمايزة ، مثل المنبه الاجتماعى والاستجابة لهذا المنبه ، ولحالات الأنا التى تصدر منها هذه العمليات . والغرض من التدريب هو الكشف عن العمليات العبر - تفاعلية المتقاطعة وغير المتممة بحيث يمكنه مواصلة الملاطفة عن طريق تقديم استجابات متممة للمنبهات الاجتماعية التى تقدم إليه .

ويحاول التحليل العبر - تفاعلى الممتد التعرف على السلسلة الممتدة من العمليات العبر - تفاعلية التى تشكل الطقوس والتسليات واللعب . والسبب الذى يدعو إلى التعرف على الطقوس والتسليات هو أن قيمتها فى الملاطفة قليلة نسبياً ، والشخص الذى يقضى نسبة كبيرة من وقته فى التفاعل مع الآخرين على المستوى « المأمون » من الطقوس والتسليات قد يجد نفسه يعانى خبرة الحرمان من الملاطفة ، وسوف يجد صعوبة فى تشخيصها وفهمها ، حيث أنه قد يكون دائم التفاعل مع الآخرين على هذا المستوى ، بينما يمكن أن تساعده خبرات قليلة من التفاعل الوثيق على تقدير الفرق فى التأثير بين تجنب الاتصال الوثيق عن طريق الطقوس واللعب ، وخبرة الاتصال الوثيق والتى عرّفها بيرن بأنها « الخبرة المباشرة

بالانفعالات ذات المعنى بين الأفراد دون دوافع خفية أو تحفظات » (١٣ ، ص ٣٨٣) .

وتحليل اللعبة له نفس الغرض من تحليل الطقوس والتسليات بالإضافة إلى غرض آخر ، وهو أنه نظراً لأن اللعبة تتضمن بحكم تعريفها عمليات عبر - تفاعلية أنانية ، وأدوات تحول تؤدى إلى عائد انفعالى ، فإن اللعبة بين الأشخاص تنتج كل الأنواع غير المتوقعة وغير المقدرة من العواقب الانفعالية . وتحليل اللعبة هو عملية تعليمية يصبح « غير المتوقع » عن طريقها أمراً يمكن التنبؤ به ، ويصبح الفرد الذى يتعلم عن هذا الطريق حراً فى أن يقرر ما إذا كان يريد الإفادة من الكسب الانفعالى المتضمن ، وأن يقرر ما إذا كان يرغب فى الاستمرار المشاركة فى اللعب على أساس العائد ، ويصبح لهذا العائد معنى فى إطار مفهوم نص الحياة . وتستخدم غالباً العوائد الانفعالية للعبة لتبرير الأفعال الرئيسية أو تطور الأحداث فى نص الحياة . وتمكن الانفعالات المحصلة الشخص من الانخراط فى الأفعال الرئيسية فى هذا النص ، وذلك فى ضوء الثقة بأن أفعاله لها ما يبررها تماماً على أساس المشاعر التى حصّلها على أيادى الآخرين . ويهدف تحليل النص إلى توعية الشخص بالعملية التى بنى بها هذا النص والوسائل التى يستخدمها لتبرير أفعاله . ومع تقدم تحليل النص فى الكشف بوضوح أكثر وأكثر عن طبيعة نص الحياة (من خلال ما يسمى « قائمة شطب النص script check-list ») فإن إمكانات الشخص تتزايد لإنهاء النسخة المعينة من هذا النص ، والقيام بعرض آخر على الطريق ، أو قد يختار طريقه خلال الحياة وهو يتقدم فيها بدلاً من أن يشعر شعوراً قهرياً بالحاجة إلى لعبة ليحصل مكاسب انفعالية لتبرير أفعال نص حياته .

ميكانيزمات العلاج النفسى

يحضر المريض إلى العلاج وهو فى حالة من الارتباك بسبب مشاعره التى لا يعرف لماذا يحس بها ؟ ولماذا لا يملك ضبطاً لها ؟ كما تتملكه الحيرة بسبب سلوكه ، ولماذا يعجز عن القيام بما يعتقد أنه يجب القيام به ؟ أو لماذا يفعل غالباً ما لا يريد فعله ؟ وقد تتملكه الحيرة لعجزه عن الملاطفة ، هذا إذا كان واعياً بهذا العجز ، وهو يحس غالباً كما لو كان محبوساً فى قفص من زجاج بسبب عجزه عن القرب من الآخرين ، وعدم قربهم منه . والأخطر من ذلك أن يكون مضطرباً بسبب وعيه بهذا العجز دون أن تكون لديه فكرة عما يمكن القيام به لتصحيحه . وهو يعفى نفسه من المسئولية عن العجز فى طراز حياته ، وأن مشكلاته ليست نتيجة لأخطائه هو ، بل إنه يلوم الآخرين مثل الزوجة أو الأطفال أو الرئيس أو الجار أو قوانين البلاد . وهو يجد أن جهوده لإصلاح سلوك الآخرين نحوه تفشل ، ولذلك فهو يلتمس من المعالج مساعدته فى التأثير على « الآخرين » المسئولين عن عجزه فى حياته . وغالباً ما يكون هذا التحيز فى تفكير المريض نتيجة مباشرة لنواهى الوالدين مثل قولهما له : « لا تظن أنك أهم شخص فى هذه الدنيا » ، إلخ . مما قد يؤدى إلى نقص استبصار الشخص بجوانب قوته وإلى إعطائه مبرراً لعدم التجويد .

ومنهج التحليل العبر – تفاعلى يؤثر فى المريض عن طريق إقامة علاقة تعاقدية تجعل المريض متساوياً فى المكانة والقيمة مع المعالج بالرغم من اختلاف دوريهما . ويهدف إعداد المريض إلى إقلال الفروق قدر الإمكان بينه وبين المعالج فى الخبرة أو فى الفهم المتمكن للإطار الذى يعمل فيه المعالج لفهم مشكلات المريض . بل إن المعالج لا يمانع فى اطلاع المريض على مجلاته العملية ومراجعه . ويطلب من المريض أن يقوم بملاحظة ذاته ، وأن يستخدم الإطار المرجعى « للراشد » فى الفهم ، وفى توصيل هذا الفهم لمساعدة الآخرين . و « الطرح » الأول للمريض هو أن يخبر هذه الجوانب للعلاقة العلاجية بوصفها « والدية » ، ولكن من الواضح أنها تمثل اتجاهاً والدياً متسامحاً ومحسناً . وبهذا المعنى يمثل التحليل العبر – تفاعلى علاقة انفعالية تصحيحية قريبة من مفاهيم ألكساندر

وفرنش فى هذا المضمار . ولكن ربما كان الجانب الذى تكون فيه العلاقة العلاجية أقل تسامحاً هو فى رفض أى مبرر للسلوك غير المسئول أو غير الفعال ، ويساعده على أن يتبين على الأقل أن تسامح المعالج ليس خالياً من التمييز . وفضلاً عن ذلك ، فإن طلب المعالج من المريض أن يحاول اكتشاف وفهم حقائق معينة عن ذاته ، هو أسلوب قوى وفعال للإذن بالكشف والفهم ، وبالتالى لتأكيد مفهوم تساوى المريض والمعالج فى المكانة .

ولكن على المدى الطويل ، فإن فعالية الوقاية من جانب المعالج هى الأساس فى نجاح العلاج ، وهى وقاية أكثر من مجرد الطمأنة ، فهى تأكيد صادق — على أساس استخدام المعالج « لراشده » هو ، بأن المريض يمكنه ، بل إنه يجب عليه ، أن يستخدم راشده ومعلوماته هو للتوصل إلى قرارات هامة . ومتى توصل المريض إلى هذه القناعة ، فإنه يقبل أيضاً « راشد » المعالج ، بوصفه حليفاً علاجياً يحل محل التوجيه والنصح من جانب حالة أناه « الوالد » ، وذلك مؤشر بإنتهاء المرحلة الأولى الهامة من العلاج ، وهى مرحلة التجربة والمحاولة التى يصاحبها تزايد الثقة فى قيمة التأثير من قبل المعالج والشعور بالأمن .

ومن نواتج هذه المرحلة تحول الجماعة العلاجية إلى مجتمع من أشخاص مهمين ومهتمين ، وكذلك ، فإن المريض يستطيع فى هذه المرحلة أن يخبر اتصالاً له دلالة بالآخرين ، دون حاجة إلى إخفاء شىء عن طبيعته وسلوكه وخبراته . وهو بفضل الإذن والوقاية من المعالج ، يتجاهل نواهى « الوالد » ضد الكشف عن الأمور الخاصة ، فيحصل بذلك على اهتمام الجماعة ومساعدتها . وبذلك ، يتعرف المريض أيضاً على مختلف حالات الأنا لديه ولدى الآخرين ، كما يسهل على المريض أن يتقبل « راشد » المعالج بديلاً عن « الوالد » لديه .

ومراحل العلاج التى تلى التحليل البنيوى والتحليل العبر — تفاعلى تشمل تحليل اللعبة وتحليل النص . وفى هذه المراحل ، تتوفر لدى المريض كل البيانات الملائمة ، ويتعين عليه أن يحدد صدق الفروض والصياغات . وفى تحليل النص ، يكون المعالج مضطراً إلى الاعتماد فى كل خطوة على المعلومات التى يقدمها المريض لاستكمال « قائمة شطب النص » . ويقتصر جانب الحدس لديه على ملء الفراغات فى المعلومات التى يقدمها المريض . وتتوقف قدرة المريض على اختيار

بدائل أخرى لنفسه أساساً على وعيه بالتيار العام فى حياته وباللعبة والنص واللتين يحافظ بهما على مجرى هذا التيار . ويبدو أنه خلال هذه الفترة من تحليل اللعبة وتحليل نص الحياة ، يبدأ المريض فى تقدير قيمته هو فى العملية العلاجية . ويزداد هذا التقدير بفضل العمل العلاجى الذى يقوم به لمساعدة أعضاء الجماعة ، إذ أنه يقوم بنفس المهام التى يقوم بها المعالج وعلى نفس المستوى من المسئولية ، مما يمكنه من المقارنة بين فعالية « راشده » و « راشد » المعالج . ويفترض التحليل العبر — تفاعلى أن « الراشد » لدى كل الأفراد ، يتساوى تقريباً فى الكفاءة . وتكمن الفروق أكثر ما تكمن فى صعوبة شحن « الراشد » لديهم .

ومن الناحية العملية ، يعطى كل عضو من نصف دقيقة إلى دقيقتين لمراجعة العقد أمام الجماعة ولإرجاع الأثر من الآخرين . وفى عمل العميل ، يتعين أن يبادىء بما يريد أن يعمل فيه . وتشارك الجماعة بما يضيف نوعية من الواقع والاتساع لا تتاح فى العلاج الفردى . ويسهم المعالج بنمذجة السلوك الإيجابى المرتبط بموقف الحياة « طيب » (OK) ، والذى يشكل قاعدة بيئة الجماعة ، بالإضافة إلى استخدام الأساليب العلاجية والأشكال والنظرية . ويبدأ المعالج بإقامة البيئة ، ثم تواصل الجماعة هذه المهمة ، وتقوم على أساس التقبل غير المشروط للذات وللآخرين بوصفهم « طيبون » OK ، والتشجيع على أن يعبر الفرد عن مشاعره ، وأن يتأكد من الحصول على الملاطفات الإيجابية التى يحتاجها وأن يكون مسئولاً عن نفسه ، وأن يعرف أنه مسئول عن حياته .

ويؤدى كل ذلك إلى أن يصبح المريض أكثر استعداداً وأقوى عزماً على الاعتماد على « راشده » هو ، وليس على « راشد » المعالج . وهو عند ذلك يكون مستعداً لإنهاء العلاقة العلاجية طبقاً لتعاقده مع المعالج ، وعلى أن يعتمد على « الراشد » لديه لحل بقية المشكلات . ويشجعه على ذلك « إذن » المعالج له بانهاء العلاقة طبقاً للتعاقد ، واكتسابه لخبرة جديدة وصورة جديدة عن ذاته بأنه شخص « طيب » قادر على أن يفعل ما يتعين عليه فعله لذاته .

الجوانب الإدارية

تبدأ الجوانب الإدارية فى الممارسة العلاجية بإحالة العميل . وفى العلاج الخاص ، تكون الإحالة من مصادر مختلفة تشمل : زملاء المهنة والعملاء السابقين وورش العمل والإحالة الذاتية . ويقرر جرايمز (١١ ، ص ٨٩) أن العملاء السابقين هم أحسن المصادر وأن الإحالات الذاتية هى أسوأ الحالات . وتحدد مواعيد المقابلات من حيث الأيام والساعات . ويطلب من العميل إعطاء رقم تليفونه وأن يحدد مصدر الإحالة ، كما تجاب أسئلته إذا وجهت — بشأن الأجور . ولا تقدم معلومات أخرى إلّا إذا طلبت تفادياً لتشجيع « اللعبة » .

وفى المقابلة الأولى ، تؤخذ البيانات الهامة والمؤشرات التى توضح موقف العميل ومشاعره فى الزمان والمكان الحاليين ، ومصفوفة « نص الحياة » . وتبدأ فى المقابلة الأولى كذلك مفاوضات عقد العلاج . والذى يرجى أن تتضح من خلاله عدة أمور منها : تفكير العميل وطبيعة العلاقة بينه وبين المعالج ومدى جديته فى العمل وتحديد بنية العمل القادم . ويستعرض المعالج فى المقابلة الأولى مع العميل الدليل المطبوع للعلاج الفردى والزواجى والجماعى . ويعطى العميل قائمة مطبوعة بمصروفات العلاج وجدولته ، بما فى ذلك جدول متحرك للمصروفات وجدول لتغيير المصروفات بتغير الدخول . ويتفق بسرعة على الأجر عن الجلسة الواحدة ، كما يتفق على تعديل الأجر بتغير دخل الفرد . ويعطى العميل قواعد مطبوعة ، قبل التحاقه بالجماعة . وهذه تشمل : سرية الخبرات الجماعية واستخدام العقد العلاجى ، تحديد الحد الأدنى بثلاثة شهور فى العقد ، وثلاث جلسات قبل إنهاء العلاقة ، والإعلان عن نية الغياب ، وضرورة السؤال عما يريده العميل ، وطلب جلسات العلاج الفردى . ومن المهم الاحتفاظ بسجلات كتابية عن الجلسات الفردية تقرأ مع العميل فى بداية كل جلسة تالية ، وتحفظ مع العقود فى ملف العميل . كما يلحق بالملف ما يكتبه العميل فى كل جلسة جماعية عن « عمله » فيها . ويمكن للعميل الإطلاع على ملفه فى أى وقت يشاء ، ويحتفظ بسجل دقيق للمصروفات المدفوعة ، ومتى بدأ العميل العلاج ومتى أنهاه ، وما إذا كان ذلك قد تم بصورة طبيعية وما إذا كان العقد قد أكمل أم لا .

ولم تنل ترتيبات مكان العلاج اهتماماً خاصاً فى التحليل العبر – تفاعلى فى تقدير هولاند (١٣) وهو يقرر أن الخبرة تشير إلى أن الاجتماعات فى المنازل تشتمل على نفس الأنواع من النشاط التى تشتمل على الاجتماعات الرسمية فى المكاتب وفى العيادات . ولكن بيرن كان يوصى بضرورة العناية بالجوانب الجمالية فى المكان ، فتعلق الصور على الحوائط ، وتستخدم الألوان الجذابة السارة وكل ما يرضى الحواس . كما كان يرى أنه من الضرورى أن تعد طريقة الجلوس ونظم الإضاءة والصوت بحيث يستطيع المعالج أن يرى الجسم الكامل لكل مريض فى الجماعة ، فلا تستخدم الموائد التي تحجب أجزاء كبيرة من الجسم ، كما أنه من الضرورى أن يكون المكان معزولاً عن الأصوات المزعجة ، وذلك لكى يستطيع أعضاء الجماعة تمييز مختلف حالات الأنا . ويعترض بيرن على استخدام التسجيلات الصوتية وشريط الفيديو لجمع البيانات ، ولكنه لا يعترض على استخدامها لكى يعيد المريض سماعها أو رؤيتها لكى يستطيع ملاحظة البيانات المتعلقة به. والتى يستجيب لها أعضاء الجماعة . كما أن ذلك يساعده على إصدار أحكامه عن ذاته . ويطلب اليوم ممن يقدمون للحصول على شهادات متقدمة فى التحليل العبر – تفاعلى (« الاكلينيكية » و « التعليمية ») أن يقدموا بينات مسجلة من أعمالهم للجان الفحص . وبالإضافة إلى السجلات الصوتية والمرئية ، فإن السبورة تستخدم أيضاً على نطاق واسع لتوضيح حالات الأنا ومقدار ونوع الخلط بينهما وحالات الأنا المعزولة والتوضيح عن طريق الرسم للعمليات العبر – تفاعلية والمتقاطعة وصعوبات الملاطفة .

الممارســـات والتطبيقـــات

الممارســـات :

يعرض جرايمز (١١ ، ص ٨٩) بعض الممارسات المرتبطة بمواقف متباينة لعملاء وذلك على النحو التالى :

١ – العضو الذى يخشى العمل : هذه مسئولية العميل ولكن بعد عدد من الجلسات يمكن أن ينبه إلى ذلك وأن يشجع على العمل ويحذر من الانخراط

فى لعبة « الانقاذ » حين يطلب العميل أن تنقذه الجماعة . بل يمكن أن تكون اللعبة موضوعاً للعمل .

٢ – حين ينهى العميل العلاج قبل الأوان المناسب ، أى حين لا يكمل العقد (ومدته الأولى ثلاثة شهور غالباً) ، أو حين يتغيب العميل دون إعطاء إنذار مسبق : من الأفضل دائماً ترك المسئولية على العميل ، وألا يدخل المعالج فى لعبة ، أى لا يحاول استعادة العميل ، ويكفى أن يعلن أنه حاول مع العميل ولكنه لم ينجح ، وأنه يشعر بالخسارة وأنه تعلم منها .

٣ – حين يغرى العمر أو المرض أو التراجيديا بالإنقاذ : يجب أن يطلب المعالج من الشخص كبير السن أو المريض أو من هجرته زوجته مثلاً ، أن يقوم بالعمل الذى حضر من أجله ، وألّا يدخل فى لعبة « الانقاذ » وإلّا فإنه سوف يحس بأنه الضحية حين ينهى العميل العلاج قبل موعده ، ويقلل من شعور العميل بأنه مسئول عن حياته .

٤ – حين يتأخر العميل عن الحضور فى المواعيد المحددة : عادة ما يعتذر العميل ويشكره المعالج ، ولكن إذا تكرر الغياب ، فقد يوجه المعالج سؤالاً إلى العميل ، وسوف يجد دائماً إجابة من « طفل » العميل ، ربما خوفاً من مراجعة العقد فى بداية الجلسة أو لأنه لا يثق فى الملاطفات الإيجابية ويطلب ملاطفات سلبية . وقد ييسر ذلك فهم الذات والجماعة .

٥ – حين يطلب العميل التدخين فى المكتب أو فى الجلسة الجماعية : يطلب المعالج عدم التدخين ، ويقبل هذا القيد . وكذلك يحظر إحضار الطعام أو الشراب أو أشغال التريكو ، وكلها تعوق « العمل » .

٦ – الحديث عن دفع التكاليف : يفضل بيرن أن يناقش الموضوع فى الجماعة ، ومن خلال نشرة يقرأها الجميع ، فيضيف ذلك إلى الشعور بالأمن نتيجة معرفة المطلوب وأنه واحد بالنسبة للجميع .

ويعترف الممارسون للعلاج النفسى عن طريق التحليل العبر – تفاعلى بأنه منهج توفيقى eclectic يمكن أن يستعين بأى ممارسة علاجية فى الجماعة . ومن هذه الممارسات : شرح النظرية وتمارين خبروية لتوضيحها ورسم الأشكال

واستخدام العمليات العبر - تفاعلية فى الموقف الجماعى المباشر ، والأساليب الجشتالتية والسيكودراما لمساعدة العميل على الفصل بين ذاته والوالدين وبين حالات الأنا ، واستخدام التأمل والعلاج عن طريق الفن. والقراءة والواجب المنزلى ، إلخ . ويستخدم المعالج هذه الاستراتيجيات وغيرها حين يستمع إلى كلمات العميل ويلاحظ سلوكه وتعاملاته فى الجماعة وبخاصة الجوانب الانفعالية . وتدعى الجماعة إلى التأمل فى الخليط المتشابك من الانفعالات والاعتقادات وما يكمن وراءها وأن تعى وتشعر وتفهم الاستجابات والتفكير والخبرات المتاحة . وأحياناً يسمح للجماعة بأن تحل محل المعالج فى التعامل مع العميل ، بينما يستمع المعالج ويساند أنواع العمليات العبر - تفاعلية المفيدة . وهو يركز على ما يبدو من مظاهر التوتر فى العلاقات بين الأعضاء لكى يعطى الفرصة للعميل بأن يختار مساره مستعيناً فى هذه العملية بذاكرة الجماعة ومساندتها وبصرها وقوة المواجهة ، وبذلك يمكن فى تقدير جرايمز (١١ ، ص ٨٩) أن يكون العلاج الناجح هو علاج يكاد يكون « مفصلاً » خصيصاً لكل عميل .

وتوضح التجارب الناجحة أن فترة العلاج يمكن أن تكون أقصر بكثير مما تتطلبه عادة العلاجات التقليدية . فالمعالج لا يهتم بما يتعين على مريضه أن يفعله بعامة ، ولكن يركز اهتمامه على الأهداف المحددة فى العقد العلاجى . وحين تتحقق هذه الأهداف ، فإن المعالج نفسه يمتنع عن ممارسة اللعبة المعروفة بعنوان : « إنه من المبكر جداً إنهاء العلاج الآن » . وغيرها من اللِعَب التى كشف بيرن عن احتمال قيام المعالج بها . ويفضل بيرن بوضوح أن يكون لكل جماعة قائد واحد فقط يعمل دون مساعدين أو معالجين زملاء . وكان يعتقد أن تقسيم القيادة يؤدى إلى بلبلة بين أعضاء الجماعة ، كما أنه يشجع على ممارسة لعبة مثل "Let's You and Him Fight" بين المعالجين المتعددين . وربما كان هذا التفضيل للقيادة الفردية من جانب بيرن يرجع إلى عدة أسباب منها : الرغبة فى تشجيع المعالج على تحمل أقصى مسئولية عن جهوده وعن نجاح أو فشل العلاج ، وإلى الرغبة فى حسن الإفادة من المعالجين المدربين فى مواجهة حاجة الجماهير للمساعدة فى مجال الصحة العقلية . وقد يكون السبب هو أن القيادة الفردية قد تبذل أقصى الجهد لتنشيط المريض للعمل على العلاج الذاتى له وللآخرين . ويهيىء منهج بيرن الفرصة لتعلم القيادة فى العلاج الجماعى عن طريق المشاركة فى دور الملاحظ ، والذى

يحدد دروه أساساً فى هذا الإطار بالرغم من أنه قد يعمل أيضاً بوصفه « جهازاً » apparatus ، أى الشخص الذى يقوم ببعض الواجبات الروتينية لكى يفسح المجال أمام المعالج للتركيز على الإجراءات الجماعية الأساسية ، وقد طبق بيرن أسلوباً آخر أيضاً للتغلب على هذه القيود المفروضة على القيادة المشاركة ، وهو تكوين حلقة داخلية من المرضى يلاحظها مرضى يكونون حلقة خارجية ثم تتبادل الحلقتان الأدوار .

وتتلاءم الطبيعة التعاقدية فى العلاج عن طريق التحليل العبر – تفاعلى مع العلاج المحدود الزمن ، إذ أن كل ما يتطلبه هو النص فى العقد العلاجي على فترة زمنية محددة كأن ينص مثلاً على أن المريض يتعاقد لكى يفقد ٣٠ رطلاً من وزنه فى الستة شهور التالية .

ويشكل استخدام اللغة اليومية الدارجة مزايا عديدة منها أنها تمكن الناس فى مستويات تعليمية أو مهنية متباينة من الإفادة إلى أقصى حد من أسس التحليل العبر – تفاعلى عن طريق شحن « الراشد » لكى يؤدى واجباته المهنية . ولعل ذلك يفسر اهتمام الممرضات ومساعدى الأطباء وغيرهم ممن يتفاعلون مباشرة مع الناس ، بالتحليل العبر – تفاعلى ، إذ أنه يمكنهم من أن يتدربوا فى وقت قصير على خلق بيئة علاجية حقيقية . ومن الواضح أن التحليل العبر – تفاعلى يجد مجالات تطبيقية عديدة فى المجال التربوى ، وبخاصة فى علاج مشكلات الطلاب المتخلفين والمشكلين .

وقد استخدم التحليل العبر – تفاعلى فى حل مشكلات عائلية وزواجية وفردية . وهو ينظر إلى مفهوم العائلة بوصفها نظاماً أو نسقاً دينامياً ، بما فى ذلك النظر إلى الباثولوجية بوصفها صفة منسوبة إلى النسق بدلاً من أن تنسب إلى أى جزء منه ، أى إلى شخص معين . ومن الأسس المحورية فى الفكر التحليلى العبر – تفاعلى ، البحث عن الخلل فى النسق فى ضوء ما يحدث بين الناس بدلاً من البحث المتعمق فيما يحدث فى الفرد المنعزل . وعلى ذلك ، فإنه يصبح مفهوما التحدث عن عمليات عبر – تفاعلية متقاطعة أو خفية بدلاً من الأفراد المرضى . ويصلح هذا الإطار بخاصة فى تشخيص وعلاج مشكلات الأطفال لأنه يوجه الانتباه إلى التوترات فى النسق الذى يكون فيه الطفل عنصرا واحدا فقط .

وكذلك استخدام التحليل العبر تفاعلى فى علاج مشكلات المتخلفين عقليا ، وتعاطى الكحول بصورة مرضية ، والفصاميين عن طريق ما يسمى « تكرار الوالدية » reparenting وهو المنهج الذى استخدم أيضاً فى علاج الأشخاص النكوصيين بدرجة خطيرة . ولكن من الإنصاف تقرير أن التحليل العبر تفاعلى يستخدم اليوم أكثر ما يستخدم فى علاج المشكلات اليومية مثل الشعور بالوحدة والملل ونقص الأهداف ونقص الدافعية وعدم القدرة على حل المشكلات فى العلاقات بين الأشخاص والتى تتراوح من صعوبات التعامل مع الناس إلى المشكلات الجنسية .

المشكلات القومية والعالمية : استخدمت أسس التحليل العبر – تفاعلى على المستوى القومى فى تحسين قدرة القطاعات المختلفة من السكان على فهم كل منها للآخر والاتصال به . وكان من نتيجة ذلك الجهد اكتشاف أن الجماعات والأفراد يمكن أن ينخرطوا فى لِعَب للمناورة والتحكم . فمثلاً ، يمكن تبين العناصر الأساسية فى اللعبة المعروفة باسم "Kick Me" فى كل موقف تبادر فيه الجماعة الأصغر بفعل عنيف مع توقع أن الفعل الانتقامى الذى سوف يستثيره هذا العنف سوف يكون أكثر تدميراً من أى تخريب يمكن الأمل فى إحداثه للأعداء .

وهناك أنواع متعددة ومتنوعة من اللعب ومنها « المدمن » Addict ؛ « الكحولى » Alcoholic ؛ و « الساق الخشبية » Wooden Leg ؛ و « يجب أن تنصت » You've Got to Listen . وهى لعبة يمكن أن تقدم بصراً كبيراً فى الديناميات الشخصة المتضمنة فى جوانب متعددة عالية التكلفة فى الرفاهية العامة . ويمكن أن يفيد الإداريون فى كل القطاعات من قراءة كتاب بيرن (٤) « بنية وديناميات المنظمات والجماعات » . وقد استحدثت بعض طرق قائمة على أساس التحليل العبر – تفاعلى فى معالجة مشكلات جناح الأحداث والسلوك الإجرامى من قبل الراشدين .

وتتمثل قيمة التحليل العبر – تفاعلى على المستوى العالمى فيما يمكن أن يسهم به فى مجال « الملاطفة » . وقد سبق الإشارة إلى أن الملاطفة تحدث غالباً على أكثر من مستوى واحد فى نفس الوقت . ويمثل المستوى اللفظى فى الملاطفة عادة المستوى الظاهر أو الاجتماعى ويقوم به « الراشد » . أما المستوى المقنّع .

أو السيكولوجى للملاطفة ، فإنه يتم بوسائل غير لفظية مثل الحركات الجسمية وتعبيرات الوجه والأبعاد ونغمة الصوت ويتحكم فيها « الطفل » . ويستنتج من ذلك أنه يوجد مجال كبير لسوء الفهم على المستوى غير اللفظى للملاطفة بسبب المعانى المختلفة التى يمكن أن يأخذها سلوك معين فى ثقافات مختلفة . كما يستنتج أيضاً أنه لا يمكن التنبؤ عن الناتج السلوكى للعمليات العبر – تفاعلية ، على أساس المستوى الاجتماعى . ولكن يمكن ذلك على أساس المستوى السيكولوجى . ونظراً لأن المستوى غير اللفظى السيكولوجى يتحكم فيه « الطفل » فإنه يكون عرضة للأهواء العارضة والمشاعر والحاجات والرغبات فى اللحظة المعينة . ويجب مراقبة المستوى السيكولوجى بعناية إذا أريد تكوين وعى من قبل « الراشد » بما يجرى حقيقة على المستوى السيكولوجى . كما أن تحليل العمليات العبر – تفاعلية المتقاطعة بين الأطراف المتفاعلة أو المتفاوضة سوف يوفر الأساس لاستئناف العمليات العبر – تفاعلية .

وبالطبع ، فإن نفس الاعتبارات يتعين الأخذ بها ليس فقط على المستوى العالمى فى المشكلات الدبلوماسية والمفاوضات ولكنها تنطبق أيضاً على كل المفاوضات بين الجماعات الاجتماعية المتفاوضة على المستويات الإقليمية والقومية والدولية . والاعتبار الرئيسى هنا ، هو أنه كلما زاد الفرق فى الخبرة الارتقائية بين الأشخاص فى الجماعات ، كلما زادت فرصة سوء الفهم الهام ولكن غير المكتشف على المستوى غير اللفظى للتفاعل . وهذه النقطة بالذات هامة فى تقدير هولاند (١٣ ، ص ٣٨٨) للدبلوماسيين مثلاً فى الولايات المتحدة الأمريكية ، لأن ما يعتقد أنه عمل « طيب » من قبل الولايات المتحدة سوف يفهم على غير ذلك خارجها نظراً لشعور العداوة والاحتجاج نتيجة التواجد الأمريكى خارج حدود الولايات المتحدة الأمريكية . فالمهم هنا ، يقول هولاند : ليس هو ما تفعله أمريكا أو ما تقصد إليه ، بل هو الرسالة التى تفهم مما يُفعل والطريقة التى يتم بها الفعل .

المعالج : يشترط فى المعالج عن طريق التحليل العبر – تفاعلى فى الولايات المتحدة الأمريكية أن يكون حاصلاً على مؤهل « عضو اكلينيكى » Clinical Member (CM) من الجمعية الدولية للتحليل العبر – تفاعلى (ITAA) . ويتطلب الحصول على هذا المؤهل من عامين إلى أربعة أعوام . ويتضمن عقد

تدريب مع « عضو مدرس » ، وسنة على الأقل فى برنامج للتحليل العبر – تفاعلى ، وسنة للعمل الاكلينيكى تحت إشراف ، وتكوين جماعة وامتحاناً كتابياً شاملاً وامتحاناً شفهياً . ويشمل المعالجون المشتغلون فئات مهنية متنوعة من الطب النفسى وعلم النفس والأطباء والاختصاصيين الاجتماعيين والممرضات والمدرسين ورجال الدين وغيرهم .

الأخلاقيات : وتشمل السرية ، وهى أساسية للعمل للتغيير فى الحياة . وتتضمن السرية أسماء وأعمال الأعضاء ، ويتعهد الأعضاء بالحفاظ عليها . كما تشمل الأخلاقيات السلطة أو القوة لبناء الثقة وللعمل . وهى جزء من قوة المعالج والبنية التى يقيمها لإحداث بيئة علاجية . إلّا أنه هو وأعضاء الجماعة يجب أن يكونوا واعين باحتمالات استخدام السلطة فى الجماعة . فقد يكون المعالج متشوقاً إلى الحصول على قرار من جانب العضو العامل . وقد يغضب ، وقد يأذن ، إلخ . ويجب أن يكون واعياً بعواقب كل ذلك . كما أن دوره يجب أن يكون واضحاً تماماً ، فهو معالج ولكنه ليس أقل أو أكثر لأنه معالج . وهو يستطيع أن يقدم « ملاطفات » فى الجماعة وأن يعبر عن مشاعر حقيقية أو يستمتع بالجماعة . ولكنه يجب أن يكون حساساً للتمييز بين ما سبق وبين استخدام الجماعة للاشباع الذاتى . ولا بأس من أن يستشار المعالج من قبل الأصدقاء والزملاء ، ولكنه خلال ذلك لا يقيم علاقات اجتماعية ، وإلّا فإنه سوف يقلل من قوة العمل ، ويحتمل أن يؤدى ذلك إلى إرباك « طفل » العميل . وأخيراً ، فإن الصدق هام لتوضيح الماضى والحاضر ، ولكن الصدق الذى يعبر عنه دون حب هو مجرد ثقل يضاف إلى أعباء العميل ، بل ويصبح مجابهة مدمرة ، بينما يكون الحب بغير صدق مدمراً .

التقويم والبحوث :

نتيجة للطبيعة التعاقدية للعلاج عن طريق التحليل العبر – تفاعلى ، فإن كلا من التشخيص والتقويم يصبح أمراً أكثر بساطة . ذلك أن الشخص الذى يطلب العلاج يحدد ما يريد علاجه أو الشفاء منه . ويقبل المعالج أو يرفض العقد العلاجى طبقاً لفهمه لما قد تتضمنه الحالة المعينة وما هى التغيرات التى يتعين أن تحدث لكى تصحح الحالة ، وطبقاً لتقدير المعالج لكفاءته فى تيسير إحداث

التغيرات الضرورية . وبعبارة أخرى ، فإن العلاج يتمركز حول الظروف المعينة التي يحددها المريض والتي يقبلها المعالج بوصفها أهدافاً للعلاج . ويتمركز التشخيص البنيوي حول مفاهيم « التلويث » و « الإبعاد » . وعلى المستوى الدينامي ، ينزع التشخيص الوظيفي إلى تركيز الاهتمام على ما يحدث بين المريض والآخرين أو على جوانب معينة من طراز حياته . والهدف النهائي للكثير من العقود العلاجية هو تحديد « نص الحياة » بما في ذلك مواقع الحياة والملاطفات واللِعَب . وحين لا يكون تحليل نص الحياة هو الهدف المحدد في العقد ، فإنه قد يكون ضرورياً القيام به لتحقيق الهدف المنصوص عليه في العقد .

ويتم تحليل نص الحياة شكلياً بواسطة « قائمة شطب للنص » يمكن منها استخلاص طبيعة النص . وتحتوي قائمة الشطب على فقرات ترتبط بموقع الحياة والملاطفات واللعب والتي قد تعتبر المكونات الوظيفية لنص الحياة . وأساس تحديد « نص الحياة » يتضمن أن النص الأساسي يتطلب إيقاع الأذى بالذات أو التدمير الذاتي . ويتضح ذلك في المرضى الذين يظهرون بقوة « الرغبة في الموت » ومن الأمثلة الرجل الذي يعمل في وظيفة خطيرة ويكتب تعليمات مفصلة عن إجراءات دفنه مع الإشارة إلى أنه لن يعيش أكثر من عمر معين يحدده . ولكن ذلك قد يتضح أيضاً في حالة المريض الذي تسبب له بدانته مشكلات صحية خطيرة (مثل ارتفاع ضغط الدم) ولكنه يستمر في إفراطه في الأكل بالرغم من تحذيرات الأطباء . ومثله أيضاً المعتمد على الكحول أو المخدرات أو المواد الخطرة أو المستثيرة لسلوك خطو .

وفي بعض الحالات ، قد يكون نص الحياة الذي يقرب أكثر من غيره للسلوك المضطرب أو المسبب للاضطراب قد يكون موقع الحياة ، وهو الذي يشير إلى مختلف الاحتمالات الممكنة من الجمع بين « أنا طيب » أو « أنا غير طيب » و « أنت طيب » أو « أنت غير طيب» . ومن هذه الاحتمالات في الجمع بين المواقع ، فإن « أنا طيب — أنت طيب » هي وحدها التي ترتبط بنصوص حياة بناءة وطرز حياة سوية . أما موقع الحياة « أنا غير طيب — أنت طيب » فإنه يرتبط بطراز حياة يتميز بالخصائص الاكلينيكية « الاكتئابية » . ويرتبط موقع الحياة « أنا غير طيب — أنت غير طيب » بطراز الحياة « الفصامي » .

وفى المواقف التى يكون فيها موضوع العقد العلاجى معالجة مشكلات العزلة والملل وفقدان المعنى فى الوجود ، فإن التقويم يتركز على كيف يقضى الشخص وقته . والأفراد الذين يجدون صعوبة فى تكوين علاقات مع الآخرين ، فإنه عادة ما تنقصهم المعرفة بالطقوس والتسليات حيث أن هذه أنشطة أولية فى معظم العلاقات . والناس الذين يشكون من الفراغ أو اللامعنى فى خبراتهم مع الآخرين ، فإنهم بعامة يقصرون تفاعلهم عادة على الطقوس والتسليات واللِعَب بسبب الأمن الظاهر الذى تكفله هذه الطرق الرسمية للتفاعل . ويمكنهم حينئذ تقرير ما إذا كانوا يرغبون فى مبادلة هذا الأمن بالقيمة الأكبر بيولوجياً وسيكولوجياً للعلاقة الشخصية الوثيقة .

وقد أجرى عدد غير قليل فى فعالية « ورش التدريب » على التحليل العبر – تفاعلى وفى تقويم تأثير العلاج فى مؤسسات الأحداث الجانحين وفى مدارس التعليم العام وفى مجال الأعمال . وقد ظهرت فى « الملخصات الدولية للرسائل » عناوين ١٢٤ رسالة دكتوراه فى الفترة من ١٩٦٣ إلى ١٩٨٤ فى موضوعات عديدة كان أكثرها شيوعاً : الفعالية ، النظرية ، إعداد الاختبار والتربية . وقد نشرت بحوث كثيرة فى مجلة « التحليل العبر – تفاعلى » فى الفترة من ١٩٧٧ إلى ١٩٨٢ شملت موضوعات متنوعة منها تأثير مقرر بعنوان « مدخل فى التحليل العبر – تفاعلى » (٧٧ مشاركاً) أوضح أن المشاركين قد طبقوا التحليل العبر – تفاعلى فى حياتهم اليومية كما تحسن أداؤهم فى أعمالهم ، وتحسنت علاقاتهم الشخصية . وقد أوضحت عدة دراسات دوام تأثير العلاج العبر – تفاعلى . كما أوضحت دراسة أن التغير فى المقاييس السيكوفسيولوجية (مثل التغيرات فى درجة حرارة الجلد ، معدل التنفس ، معدل نبضات القلب ، التوصيل الكهربى للجلد) يصاحب التحول فى حالات الأنا خلال الاستجابة لاستبيان صمم بقصد استثارة حالات أنا « الوالد » و « الراشد » و « الطفل » . كما أظهرت بحوث أخرى فعالية العلاج عن طريق التحليل العبر – تفاعلى فى تحسين المناخ الأسرى ، وتحسين رعاية الأمهات للأطفال وتحسين سلوك سائقى السيارات المشكلين الذين سحبت منهم رخص القيادة وزيادة إنتاجية مستخدمى قسم للعلاقات العامة وغيرهم من الفئات . وكذلك أجريت بحوث فى فعالية « الملاطفات الإيجابية » فى التخفف من الاكتئاب .

التحليل العبر – تفاعلي والمناهج الأخرى :

ينضوى التحليل العبر – تفاعلى تحت لواء المدارس العلاجية العقلانية أكثر مما ينتمى إلى المدارس التى ترتكز حول المشاعر مثل تلك المدارس التى تدور أساساً حول ضبط وتناول مشاعر الطرح . وفى ضوء عرضنا السابق للمنهج ، فإنه يمكن اعتبار التحليل العبر – تفاعلى أيضاً صورة نشطة من صور العلاج تهتم بالفعل actionistic بعكس المدارس الأخرى التى تعتمد على تغيير غير محدد فى المريض مثل إكسابه البصر أو تحقيق التفريغ الانفعالى أو الاتصال بالذات الواقعية .

ويحدد بيرن موقفه من التحليل النفسى فيشير إلى ١٢ عاماً قضاها فى التدريب فى معاهد التحليل النفسى فى نيويورك وسان فرانسسكو ، ثم يستطرد فيقول أنه فى الوقت الحاضر ، وإذا تساوت الظروف الأخرى ، فإن التحليل النفسى هو العلاج المفضل فى الحالات التى صمم لها وهى أعصبة الطرح ، المخاوف والهستيريا وأعصبة الوسواس ، وشواذ الخلق التى تنشأ لتحل محل هذه الأمراض . أما غير ذلك مثل النرجسية والذهان فهى أقل استجابة للتحليل النفسى . ويذكر بيرن أنه لا يختلف فى ذلك مع فرويد ، ثم يوصى بأن التحليل العبر – تفاعلى يسد هذا النقص فى التحليل النفسى ، وذلك فى الميادين التى لم يقصد أصلاً أن يوجه إليها هذا النوع الأخير من العلاج أى التحليل النفسى . ويشمل ذلك بالطبع كل أنواع العلاج الجماعى . وبالرغم من ذلك ، فإنه لا يوجد تشابه بين النظريتين . فمثلاً ، ينكر بيرن التشابه الظاهر بين حالات الأنا فى التحليل العبر – تفاعلى وبين الهو والأنا والأنا الأعلى فى التحليل النفسى . ذلك أن هذه الحالات هى جوانب للأنا فقط ، ثم إنها « حقائق فنمنولوجية » (أى أنها قابلة للملاحظة المباشرة) بينما يمثل كل من الهو والأنا والأنا الأعلى ، « مركبات نظرية » ، أى كيانات مستنتجة تفيد فى التنبؤ ، ولكنها غير قابلة للملاحظة (وهى فى ذلك تشبه نظرية الموجة فى انتشار الضوء) . وفضلاً عن ذلك فإن « الوالد » و « الراشد » و « الطفل » لهم « هويات مدنية » أى أن الطرز السابقة لكل منهم هى أشخاص (أو كانت أشخاصاً) عاشوا فى مكان وزمان معينين ، وتم تسجيلهم . وثمة فرقاً آخر ، وهو أن « اللاشعور » قد اختفى إلى قدر كبير إن لم يكن كلية من نظرية التحليل العبر – تفاعلى ، وهو يظهر ولو بصورة هامشية فى

معهوم « الإبعاد » يتضمن أن حالات الأنا قد ينكرها الشخص ولا يسمح لها بالتعبير المباشر أو لا يعترف بها فى المشاعر والسلوك .

وفيما عدا الاعتراف بالقيمة التدعيمية للملاطفات ، فإن التحليل العبر – تفاعلى لا يتفق مع منهج تعديل السلوك . وبذلك يبدو أن التحليل العبر – تفاعلى أقرب إلى مناهج « القوة الثالثة » التى تؤكد النظرة الإنسانية والفنمنولوجية للإنسان .

ويقارن هولاند (١٣ ، ص ٣٧٠) بين نظرية التحليل العبر – تفاعلى وغيرها من النظريات من حيث مسئولية كل من المعالج والعميل . وهو يرى أن التحليل النفسى يمكن تصنيفه فى فئة المدارس « السببية – الشرحية » – causal explanatory ، لأن التداعى الحر وتحليل الأحلام لحل « عصاب الطرح » عن طريق العمل المستمر والنافذ working through رغم أنه جهد مشترك بين المريض والمحلل ، إلّا أنه لا يتوقع من المريض شىء إلّا بعد حل عصاب الطرح ، حين « يتحرر » المريض إذا شاء ذلك ولكى يبنى سلوكه التالى على أساس من الفهم الجديد الواقعى . ولكن فرويد لم يكن يرى هذه الخطوة الأخيرة بوصفها مسئولية المعالج ، فهى اختيار متاح للمريض . وتنتهى مسئولية المعالج حين يستعيد للمريض « حرية الاختيار » التى كان محروماً منها بفعل الطرح . وعلى الجانب الآخر ، فإن منهج آدلر يمكن أن يصنف فى فئة المدارس القائمة على أساس « الشرح – الفعل » explanatory – actionistic . ويحاول آدلر فى منهجه أن يحدد من المعلومات التى يجمعها عن المريض التكتيكات التى يتبعها هذا الأخير لجنى بعض الفوائد ، ثم يكشف هذه التكتيكات لا للمريض فقط ، ولكن لمن يتصلون به عن قرب . وبذلك يواجه المريض بضرورة الاختيار بين الاستمرار فى خطته السابقة أو الاستعاضة عنها بخطط أخرى . وبهذه الطريقة ، فإن المريض يواجه بموقف تصبح فيه خطته الأصلية غير مقبولة ، وهو ما يسميه آدلر « البصق فى الشوربة » . وبالرغم من أن آدلر لا يملى على المريض ما يفعله ، إلّا أنه يقدم محكاً عاماً لاختيار البديل فى ضوء مفهوم « المنفعة الاجتماعية » ، أى ما هو طيب لمعظم البشر على المدى الطويل .

ويمكن بملاحظة هذا الاهتمام بإصلاح السلوك فى منهج ماورار « علاج الاستقامة » Integrity Therapy والذى ينظر فيه إلى « السلوك العصابى » وعواقبه الشخصية الأليمة بوصفه سلوكاً غير مقبول اجتماعياً ، بل إنه خطيئة sin . والخاطىء يعانى لأنه مضطر لإخفاء سلوكه الخاطىء عن الآخرين . كما أنه يكون قليل الاتصال بذاته . ويتضمن العلاج تعريض المريض وسلوكه باستمرار لجماعة من أنداده الذين يمكن أن يشكلوا جماعة مرجعية له . وبذلك فهو يحرص على تجنب السلوك الذى لا ترضى عنه الجماعة فضلا عن تجنبه للمشكلة « الوجودية » أى الاغتراب والضياع .

وكذلك يشجع آلبرت إليس فى نظريته فى « العلاج العقلانى — الانفعالى » المريض على أن يكتشف عدم عقلانية السلوك الذى ينخرط فيه المريض وأن يكف عن تغذية نفسه بالبيانات الخطأ المثيرة للقلق إلى أن يستطيع أن يتعايش مع نفسه ومع الآخرين بصورة أكثر عقلانية وأكثر قبولاً . وينهج التحليل العبر — تفاعلى نفس النهج ، فيعرض المريض للخطأ فى تصوراته السابقة والتى تنسب إلى حالتى الأنا « الطفل » و « الوالد » ، ويوضح له كيف أنه فى ظل الظروف السيئة فى الماضى ، اتخذ قرارات وتبنى نصوص حياة وشكل استراتيجيات للتعامل مع الناس ، يمكنه الآن أن يعيد النظر فيها بقصد التحول إلى منهج أكثر قبولاً له . وهو يشجع على تجربة مسالك جديدة ، فيكلف بمهام تعطيه الإذن بالسلوك مسلكاً مختلفاً . فإذا كان السلوك الجديد أكثر إثابة ، فإنه يكون بالطبع حراً فى أن يتبعه بدلاً من أن يتبع المسلك القديم . وبالطبع ، فإن هذه المدارس لا تفرض على المريض ما يتعين عليه أن يقوم به ، ولكنها تختلف عن التحليل النفسى فى أنها أكثر تقويماً للسلوك العصابى الحالى وأكثر توضيحاً لما فيه من أخطاء وآلام . وذلك بقصد إلقاء الأضواء على السلوك البديل .

ولا يسهل تصنيف منهج كارل روجرز فى أى من الفئتين السابقتين ، فهو استطلاعى أكثر منه شرحى . وحتى هذا الاستطلاع فإنه موجه من قبل العميل . وربما أمكن تصنيف هذا المنهج فى فئة ثالثة هى : « التسامح — التيسير » Permissive – Facilitative فيشجع المعالج عن طريق تسامحه العميل على الاستطلاع الذاتى المتعمق والذى قد يوحى إليه ببدائل سلوكية جديدة .

وثمة فئة هى : « الانتقائية – الأمرية » Selective – Prescriptive تشمل كل المناهج التى يقرر فيها المعالج السلوك « السليم » أو « الصحيح » والتى يفرض فيها هذا السلوك على العميل بصورة أو بأخرى ، مثل التدعيم . ومن هذه الفئة كل مناهج تعديل السلوك عن طريق الإشراط الإجرائى . وأحياناً يفرض ويوصَّف السلوك « المفروض » بواسطة العميل مثل تغيير الاتجاه الجنسى أو إنقاص الوزن أو التوقف عن التدخين . ويقدر هولاند (١٣ ، ص ٣٧١) أن العامل المشترك بين مدارس هذه الفئة هو أن تغيير سلوك المريض فى جانب لا يحسن كفاءته فى تغيير الجوانب الأخرى . أى أن المريض فى عملية التغيير لم يتعلم شيئاً عن كيف يتغير فى عملية التغيير . وذلك هو ما يحدث فى تدريب الكلاب أو الخيول . وتنتمى إلى هذه الفئة أيضاً نظرية وليم جليسر « العلاج الواقعى » والتى تستخدم فى السجون ومستشفيات الأمراض العقلية وفيها يلاحظ سلوك الأفراد ويدعم السلوك المرغوب والمحدد سابقاً التدعيم المناسب (ومنها إمكانية إطلاق سراح الفرد من السجن أو المستشفى) . وكذلك ينتمى إلى نفس الفئة استخدام هذا المنهج فى الفصل المدرسى حيث تتوفر للمدرس قوة تحديد عواقب السلوك بطرق عدة .

الفصل العاشر

العــــلاج الواقعـــــى

تعـريـف :

العلاج الواقعى Reality Therapy هو سلسلة من الأسس النظرية أقامها طبيب نفسى هو وليام جليسر (٩) (W. Glaser) فى الخمسينات ، وهى قابلة للتطبيق على الأفراد الذين يعانون من مشكلات سلوكية وانفعالية ، وهى قابلة للتطبيق أيضاً على أى فرد أو جماعة بهدف تحقيق هوية ناجحة لنفسه أولاً ، أو بهدف مساعدة الآخرين لتحقيق هدف مشابه . والمعالج عن طريق تركيزه على الحاضر وعلى السلوك ، يوجه الفرد ليمكنه من أن يرى نفسه بدقة ، وأن يواجة الواقع ، وأن يشبع حاجاته دون إيذاء ذاته أو إيذاء الآخرين . وأساس النظرية هو مسئولية الشخص عن سلوكه ، وهو ما يعادل فى معناه الصحة العقلية .

التاريخ والبدايات :

يقرر جليسر وزونين (٩ ، ص ٢٨٧) أن العلاج الواقعى يمثل واحداً من أحدث المحاولات لشرح السلوك الإنسانى ، وكيفية مساعدة فرد لآخر على تحقيق السعادة والنجاح ، وأنه فى نفس الوقت تأكيد لعدد من الأسس القديمة جداً فى فهم السلوك وتعديله . ولا تمثل أسس النظرية شيئاً جديداً إلى درجة تثير الدهشة مثل : « التركيز على الحاضر وليس الماضى » ؛ « عدم انتحال الأعذار » ؛ « الالتزام » ، إلخ . فمن المحقق أن هذه الأسس يمكن تتبعها بصورة أو بأخرى فى عدد من الأديان ، بل إنها تمثل نوعاً من « الفهم العام » (common sense) ، إلّا أنه كما قال فولتير ، فإن هذا الفهم العام ليس عاماً . ويرى جليسر وزونين أوجه شبه كبيرة بين منهج بول ديبوا (Paul Dubois) الطبيب السويسرى الذى نادى فى كتابه « العلاج النفسى للاضطرابات العقلية » (١٩٠٩) بضرورة إتباع « الفهم العام » فى المناقشات مع المرضى دون تعالٍ وبعمق الشعور الإنسانى ،

وبأن يتعامل المعالج مع المريض بوصفه صديقاً وليس بوصفه حالة طريفة . وقد تبنى جول ديجيرين Jules Déjèrine هذه النظرة وتبعه على هذا النهج فى أمريكا جوزيف هـ. برات Joseph H. Pratt رائد العلاج الجماعى . ويجد جليسر وزونين صعوبة فى تحديد الأسباب التى دعت إلى تجاهل هذا المنهج وربما كان ذلك بفعل اكتساح المنهج الفرويدى للطب النفسى بعد الحرب العالمية الأولى وحتى منتصف الأربعينات . وهو فى تقديرهما منهج تطغى عليه النظرة الجنسية والغيبية . إلّا أنه بالرغم من هذا الطغيان ، فإن محاولات متواضعة بذلت لشق الطريق على نهج ديبوا ، ومنها محاولات ألفرد آدلر (سواء بعلم أو بدون علم ديبوا) ، وأدولف ماير (١٩١٥)؛ وإبراهام لو A. Low (١٩٣٧) الذى نادى بضرورة العلاج النفسى المنخفض التكلفة والذى يتبع « الفهم العام » . ويقرر جليسر أنه فى الوقت الذى كان يصوغ فيه نظريته فى العلاج الواقعى ، فإنه لم يكن قد قرأ بعد أياً من الكتب السابقة ، وأن الاتفاق بين النظرات هو موازاة حضارية . كما أن جليسر لا يجد تفسيراً لطغيان نظريات فرويد ويونج الغيبية ، إلّا – ربما – فى ضوء تفسير يونج بأن ذلك يرجع إلى روح العصر Zeitgeist حيث أن الفكرة تموت إذا لم تكن الأرض ممهدة لقبولها .

وقد صاغ وليام جليسر نظريته حين كان طبيباً مقيماً فى جامعة كاليفورنيا فى لوس أنجلوس تحت إشراف دكتور ج. ل. هارينجتون والذى تأثر بأفكار هيلموت كايزر فى عيادة مييننجر ، والتى مثلت ابتعاداً جوهرياً عن التحليل النفسى . وفى عام ١٩٦٢ كان هارينجتون مسئولاً عن جناح الحالات الذهانية المزمنة والخطيرة فى مستشفى للطب النفسى بغرب لوس أنجلوس ، وحيث كان المعدل السنوى لمغادرة المستشفى لا يتجاوز حالتين . ونتيجة لإتباع منهجه ومعه جليسر فى التعامل مع مرضى بلغ عددهم ٢١٠ مريضاً وبلغ معدل إيوائهم بالمستشفى ١٧ عاماً ، فإن ٤٥ مريضاً منهم عادوا إلى بيوتهم فى العام الأول ، وزاد العدد إلى ٨٥ فى العام الثانى وإلى ٩٠ فى العام الثالث . وفى نفس الوقت كان جليسر يحقق نجاحات مماثلة فى مدرسة فنتورا للبنات الجانحات المراهقات . فقد كان اهتمام البنات ظاهراً وكذلك حماسهن واستجاباتهن الإيجابية للبرنامج . كما تحسن اتجاه العاملين بالمدرسة نحو مساعدة الآخرين . وقد استخدم جليسر مصطلح « العلاج الواقعى » لأول مرة فى أبريل عام ١٩٦٤ فى مقال له بعنوان :

، Reality Therapy: A Realistic Approach to the Young Offender
وتلاه كتابه بعنوان Reality Therapy عام ١٩٦٥ ، والذى أهداه إلى هارينجتون ، ثم امتد نشاط جليسر إلى المدارس الإبتدائية . وقد قدم نتائج نشاطه فى هذا المجال فى كتابه : Schools Without Failure عام ١٩٦٩ .

وفى عام ١٩٦٥ ، وفى مدرسة فنتورا للبنات ، استخدم د. لينارد زونين أفكار جليسر وطبقها على المعوقات فى هذه المدرسة ، وعلى أرامل ضحايا الحرب الفيتنامية ، ثم أصبح فى عام ١٩٦٩ أول مدير لمعهد العلاج الواقعى ومؤسسه ورئيسه جليسر . وينظم معهد العلاج الواقعى دورات تدريبية لفئات مهنية مختلفة ممن يعملون فى مؤسسات متنوعة فى عملائها فى لوس أنجلوس وفى غيرها من المدن الأمريكية وغير الأمريكية . وتشمل هذه الدورات موضوعات متنوعة مثل التفاعل فى الجماعات الصغيرة والكبيرة ، والمشكلات العائلية والزواجية ، ومشكلات جنوح الأحداث والمراهقين ، وتعاطى المخدرات والكحوليات ، إلخ . وكذلك يقدم المعهد خدمات استشارية للمحاكم ولمؤسسات الرعاية وللمجتمعات المحلية والمدارس .

النظـــريـة

الخطوة الأولى لتغيير السلوك هى تحديد ماهية السلوك الذى يراد تصحيحه . ويتعين أن نواجه الواقع وأن نعترف بأنه لا يمكن إعادة كتابة تاريخ الشخص . ومهما كانت قسوة الحاضر . وليس من دور المعالج شرح أسباب اللامسئولية ، إلّا أنه إلى أن يتقبل الفرد مسئوليته ، فإنه لن يتحقق علاج . والمعالج يدرك أن المسئولية الفردية هى هدف العلاج وأن التعاسة هى نتيجة وليست سبباً لعدم المسئولية . ويقوم العلاج الواقعى على أساس أن هناك حاجة سيكولوجية أساسية لدى كل الناس فى كل الحضارات ومنذ الولادة حتى الوفاة ، وهى الحاجة إلى هوية identity ، أى الحاجة إلى شعور الفرد بأنه يختلف عن غيره من الناس على سطح هذه الأرض بصورة أو بأخرى ، وأنه بصرف النظر عن أى مكان نذهب إليه ، فإننا لن نجد شخصاً آخر يفكر أو يتحدث أو يسلك كما نفعل تماماً . وهذه الحاجة عامة تتجاوز كل الحضارات (٩ ، ص ٢٩٢)

ويهتم كل دين نظامى بسؤال رئيسى ، وهو ما يحدث لهوية الشخص بعد الموت . وتعرف الهوية بأنها « مجرى ذات أنسجة عديدة تسرى كل أيام الحياة وتربط بينها معاً فى طابع يسمى « أنا » » . ولكن لا يكفى أن يتحقق الفرد من أن له هوية متميزة ، بل يتعين أن يرتبط بهذه الهوية معنى ، أى يتعين أن يرى الفرد أن له هوية ناجحة أو هوية فاشلة ، وذلك على أساس التحاقه مع الآخرين .

وتختلف النظرية الواقعية عن النظريات العلاجية الأخرى مثل التحليل النفسى والعلاج السلوكى ، من حيث أنها لا تقتصر على المرضى والشواذ وأصحاب المشكلات ولكنها نظام من أفكار يمكن أن يساعد أى فرد على تعلم ما يساعده على تحقيق هوية ناجحة ، وأن يساعد الآخرين على ذلك . ويمكن لأى فرد تطبيق هذه النظرية دون حاجة إلى تدريب مطول متخصص ، أكثر من مواصلة الجهد والحساسية والفهم العام . ولا يقلل ذلك من « حرفية » أو « مهنية » العلاج الواقعى . ذلك أن قيمة العلاج لا تقل لمجرد أنه قابل للفهم بسهولة ، أو لأنه يمكن استخدامه من قبل عدد كبير من الأفراد الذين يتميزون بقدرات وخبرات فى كيفية صياغة الخطط الناجحة ، وحفز الأفراد على فحص خططهم وسلوكهم وعلى مجابهتهم أحياناً بسلوكهم اللامسئول وعدم تقبل الأعذار ، وحفزهم على الالتزام . فإذا ما تحقق الالتزام ، فإن العلاج الواقعى يصبح طريقة للحياة تساعد الشخص على النجاح فى كل محاولاته تقريباً . فإذا لم ينجح الفرد ، فإن المعالج يحاول مع العميل تبين مجالات عدم النجاح ومجالات النجاح كى يتبين للفرد أن الطريق ليس مسدوداً تماماً . ويعتقد جليسر أن « الطرح » لا يحدث فقط فى الخبرة العلاجية ، ولكنه يحدث أيضاً فى خبرات الحياة اليومية وعلى أساس منتظم . فكل منا يكون افتراضات وانطباعات معينة عن الآخرين ، وذلك على أساس خبراتنا السابقة مع الناس الآخرين . وقد نحب أو نكره شخصاً نلقاه لأول مرة لأسباب قد لا تكون معروفة لدينا مثل تشابهه مع آخرين نحبهم أو نكرههم . والمعالج الواقعى بدلاً من أن يدعم ظاهرة الطرح ثم يحللها ، فإنه يحاول بكل طريقة ممكنة تقديم نفسه بوصفه شخصاً حقيقياً صادق الاهتمام بالعميل فى مساعدته على مواجهة الواقع وفهمه وتقبله . فإذا قال المريض للمعالج مثلاً : « إنك تذكرنى بوالدى » ، فقد يجيب المعالج بقوله : « أنا لست والدك ولكن يهمنى أن أعرف ما تراه أوجه شبه بيننا » (٩ ، ص ٢٩٣) .

نظرية الشخصية :

ينظر العلاج الواقعى إلى « الهوية » بوصفها مطلباً أساسياً لكل الناس ، وهى تتجاوز كل الحضارات وتمتد من المهد إلى اللحد . ومن وجهة النظر العلاجية ، يحسن النظر إلى الهوية على أنها هوية ناجحة مقابل هوية فاشلة . ويكون كل فرد صورة هوية ، فيشعر بأنه ناجح نسبياً أو أنه أقل نجاحاً . ويقصد بالنجاح هنا نظرة الذات لدى الفرد . فليس المقصود هو النجاح الذى يقاس بالألقاب أو الأموال . وقد تتطابق صورة الذات أو لا تتطابق مع صورة الآخرين عن الفرد . فمن الممكن أن ينظر الفرد إلى نفسه على أنه فاشل ، ومع ذلك يعتبره الآخرون صورة لقمة النجاح .

ويبدو أن تكون الهوية الفاشلة يحدث غالباً بين سنة الرابعة والخامسة من العمر ، وهو ما يتفق مع سن دخول الطفل إلى المدرسة . وقبل تلك السن ، يعتبر معظم الأطفال أنفسهم ناجحين . وحوالى هذه السن ، نجد الفرد يكون لديه المهارات الاجتماعية واللفظية والذهنية والقدرة على التفكير والتى تمكنه من تعريف نفسه بوصفه ناجحاً أو فاشلاً . ومع تقدم السن ، فإن الشخص الذى يعتبر نفسه فاشلاً مع الآخرين الذين تكونت لديهم هوية فاشلة . ويزداد التباعد بين الجماعتين . فمثلاً ، يندر أن يكون الشخص ذو الهوية الناجحة أصدقاء شخصيين قريبين من بين من يعرف عنهم أنهم من المجرمين أو المدمنين أو الشواذ ، إلخ . وتزداد الهوة بين الجماعتين اتساعاً نتيجة اشتراك الأفراد ذوى الهوية الفاشلة فى الشعور بالوحدة loneliness . وفى الحضارة الغربية ، يقرر جليسر وزونين أن الأفراد الفاشلين يبدو أنهم يخبرون جميعاً درجة مرتفعة من الشعور بالوحدة ، وأنهم عاجزون عن مساعدة غيرهم ممن يعانون من نفس الشعور . ومن الناحية الأخرى ، فإن أصحاب الهوية الناجحة يواصلون التنافس البناء ، ويدعم كل منهم نجاحات الآخر . والفاشل يجد غالباً صعوبة فى مواجهة العالم الواقعى ، فيشعر بالاكتئاب والقلق والذعر . ويلفت النظر فى حياة الأفراد ذوى الهوية الناجحة أن الفرد الناجح يتسم بخاصيتين متسقتين وثابتتين : الأولى هى أن يعرف أن هناك فى

هذا العالم شخص واحد على الأقل يحبه لما هو عليه ، وأنه يحب على الأقل شخصاً آخر فى هذا العالم من حوله . والسمة الثانية المميزة هى أن الفرد ذا الهوية الناجحة يعرف ويفهم أنه شخص له قيمته وأن هناك على الأقل شخص أو أكثر يشاركه هذا الشعور .

وفى العلاج الواقعى ، ينظر إلى الحب وإلى القيمة بوصفهما عنصرين مختلفين . فمثلاً ، الطفل المدلل الذى يغدق عليه الوالدان الحب دون حساب ، وهما يهدفان إلى تجنيبه الإحباط والمعاناة بأى صورة ، وأنهما دائماً يؤديان له العمل الذى يصعب عليه القيام به ، فيعفى دائماً من المسئولية . مثل هذا الطفل قد ينمو إلى فرد يشعر بأنه محبوب ولكنه لن يحس بقيمته ، وذلك لأن الشعور بالقيمة ينمو نتيجة تحقيق إنجاز ناجح . ومن الناحية الأخرى ، ليس من النادر أن نجد شخصاً ناجحاً فى عمله ويعرف أن له قيمة فى نظر الآخرين الذين يعتبرونه ناجحاً ، إلّا أنه قد يعانى من فقدان الشعور بالحب فى حياته ، فهو يعجز عن أن يشير إلى شخص واحد يقول عنه أنه يحبه حقاً ، وأن هذا الآخر يبادله الحب . مثل هذا الشخص يكون شعوره بالاكتئاب أمراً مفهوماً . .

ونحن ننمى هويتنا عن طريق انشغالنا بالآخرين وبذواتنا ، ذلك أننا نتذكر موضوعات الحب والإشباع لأنها ترتبط بذواتنا بينما ننبذ ما نكرهه . ونحن نتكشف هويتنا خلال الأزمات . ففى اللحظة التى تهدد بكشف الذات أو الإحراج ، نسلك بصورة يصعب التنبؤ عنها غالباً . وعن طريق تذكر سلوكنا فى تلك المواقف نوضح لأنفسنا هويتنا ، ويزداد فهمنا لذواتنا . ويسهم الآخرون بدور هام فى توضيح هويتنا وفهمنا ، وذلك إذا توفر لدينا الاستعداد للنظر والسمع ، وهو ما يحدث فى العلاج النفسى وفى الصداقة . وكذلك ، توضح معتقداتنا ونظم قيمنا والدين والفلسفة هويتنا . ونحن ننظر لأنفسنا فى علاقتنا مع ظروف المعيشة والمناخ والمكانات الاجتماعية والاقتصادية للآخرين . وأخيراً ، فإن صورة الجسم مقارنة بالآخرين ، بما فى ذلك البنيان البدنى والتزين والملبس ، تساعدنا فى رؤية أنفسنا فى علاقتنا مع الآخرين وفى توضيح هويتنا . ويستجيب من « ينمون » هوية الفشل ويعانون من الصعوبات نتيجة ذلك بطريقتين عامتين : إما إنكار الواقع أو تجاهله . وما نعتبره مرضاً عقلياً هو فى حقيقته الطرق المختلفة التى ينكر بها الفرد الواقع لوقاية ذاته من مواجهة الشعور باللامعنى

وبالتفاهة فى العالم المحيط به . ومن أمثلة ذلك هواجس العظمة والاضطهاد فى ما يسمى « الفصام » . أما من يتجاهل الواقع ، فهو يفعل ذلك عن اختيار وعن وعى بالواقع ، ومنهم من نسميه « الجانح » و « المجرم » و « السوسيوباتى » و « مضطرب الشخصية » ، إلخ . ولا يرى أنصار العلاج الواقعى فائدة فى اصطناع مصطلحات تشخيصية معينة ، لأنها لا تساعد فى تغيير المريض .

ويعتقد أصحاب نظرية العلاج الواقعى أن أهم حاجة أساسية اجتماعية هى الحاجة إلى الهوية ، وأنها حاجة موروثة تنتقل من جيل لآخر . وهى حاجة للهوية الفردية مرتبطة بالهوية الاجتماعية . ذلك أن هوية الشخص تعريف له فى علاقته بانشغاله مع الآخرين . وهذه الحاجة للانشغال بالآخرين هى جزء متكامل من الكائن ، وهى القوة الدافعة الأولية والموروثة والتى تحكم كل السلوك . ويقرر أنصار النظرية أنه بالرغم من أن المؤثرات الوالدية المبكرة هامة للغاية ، إلّا أن العلاقات مع الأقران ومع المدرسين فى المدرسة لها تأثيرها الكبير فى نمو هوية الطفل . وينادى جليسر فى كتابه « مدارس بدون فشل » بأن من مسئوليات المدرسة مساعدة الطفل على إشباع حاجته إلى الحب وإلى الشعور بالقيمة ، وأنه إذا عجزت المدرسة عن تأدية هذه الوظيفة ، فإنها تسهم فى تدعيم هوية الفشل بدلاً من هوية النجاح ، وهى التى تبدأ تتشكل لدى كل فرد عند سن الخامسة أو السادسة . ويرتبط الاستقلال الفردى ارتباطاً مباشراً بالنضج ، أى بقدرة الفرد على أن يقف على قدميه سيكولوجياً . ولا يعنى ذلك عدم الانشغال وعدم الحب أو عدم العطاء ، ولكنه يعنى مسئولية الفرد عن ماهيته وعما يريده فى الحياة وعن التخطيط المسئول لإشباع حاجاته وتحقيق أهدافه . ولكل فرد أهدافه التى يمكن تنميتها فى مدرج (هيراركية) مستوى الطموح . ويساعد العلاج الواقعى الفرد على فهم وتعريف وتوضيح أهدافه فى الحياة المباشرة وعلى المدى الطويل . وهذه هى أولى خطوات العلاج ، وتليها مساعدة الفرد على توضيح الطرق التى يعوق بها تقدمه نحو أهدافه ، وعلى فهم البدائل . وفى مرحلة التوفيق **compromise** والتخطيط وتعديل السلوك ، يبدأ التغير الناتج فى السلوك فى الحدوث . ويعالج مفهوم البدائل بصورة مباشرة فى العلاج . وغالباً ، يرى أصحاب المشاكل الانفعالية القليل جداً من البدائل أو لا يرون بديلاً آخر لمعالجة الموقف غير البديل المحتوم . ويتعين على المعالج أن يساعد المريض على فهم أن البدائل لا حدود لها .

وفى العلاج ، قد يطلب من الفرد أولاً أن يعدد كل البدائل الممكنة فى الموقف دون إصدار أحكام عليها ، حيث أن ذلك يسهم فى تيسير الانفتاح عليها . وبعد أن يستقر مفهوم البدائل المعقولة والممكنة ، وعلى اختصار قائمة البدائل ووزن كل منها ثم اختيار البديل المناسب .

ويرى أنصار العلاج الواقعى أن الدليل على وجود اللاشعور دليل مهزوز يشمل التنويم المغناطيسى والأحلام وسيكوباثولوجية الحياة اليومية مثل فلتات اللسان ، إلخ . ومن الواضح أن كل فرد لديه مستويات مختلفة من استعادة الذاكرة ، إلّا أن ذلك لا يساعد فى العلاج وتعديل السلوك الحاضر ، كما أن الأفراد لا ينسون فقط الأحداثِ المؤلمة بل إنهم ينسون أيضاً الخبرات الإيجابية ذات الدلالة فى بنيان الخلق .

ويرتبط فهم الفرد لتفرده (التفرد الفردى) ارتباطاً مباشراً بتكوين هوية النجاح أو الفشل . ويعتقد أنصار العلاج الواقعى أن كل فرد لديه قوة للصحة أو للنمو . فالفرد يريد أساساً أن يكون راضياً وأن يستمتع بهوية النجاح وأن يظهر سلوكاً مسئولاً وأن يكون علاقات شخصية ذات معنى . ويتبع تغير الهوية تغير السلوك . ويقاوم الفرد التغير لأن السلوك الحاضر يمثل إلى حد ما الأمن ، وفى بعض الحالات صوراً مشروطة للسلوك . وتنتج محاولة التغير ، والتى قد تكون شاقة ، من الدافع إلى الانشغال مع الآخرين ذوى الدلالة للفرد . وهذا هو جوهر الانشغال أو التورط العلاجى .

والتعلم مفهوم متكامل فى العلاج الواقعى . وهو يحدث فى كل أنشطة الحياة ، وفى العلاج يحدث نوع خاص من التعلم عن طريق التورط فى الموقف العلاجى . فالفرد هو ما يفعله ، وهو إلى حد كبير ما يتعلم أن يفعله . وتصبح الهوية هى تكامل كل السلوك المتعلم وغير المتعلم . ولا يرى أنصار العلاج الواقعى قيمة فى العلاج لعدد من المفاهيم التى تسود فى المدارس العلاجية الأخرى ، ومنها : المركب الأوديبى ، اللاشعور العرق ؛ الليبيدو ؛ اللاشعور الجمعى ، إلخ ..

العــلاج النفســى

نظرية العلاج النفسى :

يحتل مفهوم الانشغال أو التورط involvement مكاناً رئيسياً فى نظرية العلاج الواقعى . وهو لفظ يمكن اعتباره فى إطار العلاج مرادفاً لمفهوم الدافعية . وتمثل الأسس الثمانية التالية الطرق التى يصبح بها المعالج منشغلاً بصورة مسئولة عن الشخص الذى يحاول مساعدته .

والأساس الأول هو الأساس الشخصى Personal : إذ يعبر عن اهتمامه وتفهمه ، وهو يحاول إقامة علاقة دافئة . ولذلك يشجع استخدام ألفاظ مثل « أنا » و « أنت » و « نحن » من قِبل كل من المعالج والمريض لأنها تيسر الانشغال . ويعنى ذلك أيضاً أن المعالج يكون مستعداً إذا رأى ذلك مناسباً لمناقشة خبراته هو ، وأن يسمح للمريض بأن يتحدى قيمه ، وأن يعترف بأنه بعيد عن الكمال . وبدلاً من أن يحاول تنشيط الطرح ، فإن المعالج الواقعى يقدم نفسه على أنه شخص صادق الاهتمام بالفرد الذى يعمل معه . ويعنى ذلك أن يكون العميل شخصياً قادراً على التعبير عن الاعتقاد بأن الفرد لديه القدرة على أن يكون سعيداً وأن يحسّن أداءه ، وأن يشعر بالمسئولية ، وأن يزداد فعالية فى تحقيق ذاته . وإذا لم يشعر المريض بأنه مقبول من المعالج ، فإن فرص إفادته من العلاج تنقص إلى حد بعيد .

ولكن جزءاً من العلاقة الشخصية يتمثل فى تعريف حدودها فى إطار العيادة . فالمعالج يجب أن يكون أميناً فلا يَعد ما لن يستطيع الوفاء به . وفى المرحلة الأولى من العلاج يكون كل شىء قابلاً للنقاش . فإذا تحدث المريض عن أمور غير مشكلاته ، فإن ذلك لا يعتبر نوعاً من المقاومة ، ذلك أن التركيز على المشاكل يقلل من قيمة العلاج ، ويزيد بدلاً من أن يقلل من انشغال المريض بتعاسته . وبالرغم من دفء العلاقة ، إلّا أن المعالج يتعين أن يحدد الموقف بحيث يفهم المريض ماهية العلاقة ومكانها ووجهتها . وهو أمر يتقبله المريض بسهولة ومن

مسئوليات المعالج أن يبقى العلاقة فى إطار الواقع ، وهو أمر يتطلب خبرة للقيام به على الوجه المطلوب .

الأساس الثانى هو التركيز على السلوك الحاضر بدلاً من المشاعر :
لا يمكن لفرد أن يحقق هوية ناجحة دون أن يكون واعياً بسلوكه الحاضر . وحين يعتقد المريض أن المشاعر أهم من السلوك ، فإنه سوف يواجه صعوبة فى تحقيق هوية النجاح . وترى النظرية أن العلاقة بين السلوك والمشاعر علاقة دائرية متبادلة ، وأنه من الأسهل التأثير فى هذه الدورة عند نقطة « السلوك » أكثر مما هو عند نقطة « المشاعر » . وقدرة الإنسان على ضبط مشاعره وتفكيره محدودة ، ومن الأسهل ضبط السلوك ، ولذلك يتعين أن يركز عليه المعالج . ولا يعنى ذلك أن المشاعر غير هامة . فإذا سلك الناس بعضهم نحو البعض الآخر مسلكاً طيباً مسئولاً وكفؤاً ، فإن هذه العلاقة سوف ترتبط فى نهاية الأمر إن لم يكن فورياً ، بمشاعر طيبة ، فهى مؤشر على علاقة طيبة . فإذا ذكر العميل أنه يشعر بالبؤس والاكتئاب ، فإن المعالج بدلاً من أن يسأل : « هل يمكن أن تشرح لى الأمر بتفصيل أكثر ؟ » أو « منذ متى وأنت تشعر بذلك ؟ » ، فإنه يقول : « ما الذى تفعله لكى تجعل نفسك مكتئباً ؟ » مثل هذه الاستجابة لا تنكر المشاعر ولا تعنى أن المشاعر غير هامة ، ولكنها تعنى أن المعالج يربط بين السلوك والمشاعر . ويشعر المريض بدهشة لتوجيه هذا السؤال إليه ، وهو حين يبدأ فى تذكر ما كان يفعله خلال الأيام القليلة السابقة ، فإنه يصبح من الواضح غالباً أن أى شخص سوف يشعر بالاكتئاب إذا كان يفعل نفس الشىء . وحينئذ يبدأ المريض فى النظر إلى نفسه وإلى أعراضه فى إطار مختلف حين يواجه بأن مشاعره الاكتئابية أمر عادى . بل إن المعالج قد يسأل المريض : « لماذا لا يشعر بقدر أكبر من الاكتئاب ؟ » وهو سؤال مثير لمعظم من يطلبون العلاج . والمريض غالباً ما يسأل عما يجب أن يفعله بدلاً من أن يسأل عما يجب أن يشعر به . وإذا لم يكن الفرد واعياً بسلوكه ، فإنه لا أمل فى أن يتعلم السلوك مسلكاً أكثر كفاءة ، وأن يكتسب بذلك هوية ناجحة . وهو ما يؤدى بالطبع إلى مشاعر طيبة . ويتمثل هذا الأساس الثانى فى علاقات الحب الوثيقة ، وهى علاقات سوف تخبو وتنطفىء إذا لم تمارس فى سلوك ، والمعالج الواقعى لا ينكر المشاعر

أبداً ، ولكنه لا يركز الاهتمام عليها ، فهو يقول : « والآن لقد فهمت مشاعرك ، فدعنا نفحص ما تفعله . ما الذى تفعله فى الوقت الحاضر ؟ » .

الأساس الثالث : التركيز على الحاضر : وذلك لأن الماضى ثابت ولا يمكن تغييره . وما يمكن تغييره هو الحاضر والمستقبل . وحين يذكر الماضى ، فإنه يربط بالسلوك الحاضر . فإذا وصف المريض مثلاً شيئاً عن أزمة من أزمات الماضى ، فإن المعالج يسأل عن ارتباطها بالسلوك الحاضر . وإذا نوقش الماضى ، فإنه من المفيد : (١) أن تناقش الخبرات البانية للخلق فى ماضى الفرد وعلاقتها بالسلوك الحاضر والمحاولات الحالية للنجاح ؛ (٢) أن يحاول المعالج مناقشة البدائل البناءة التى يمكن أن يكون قد سلكها فى ذلك الوقت ؛ (٣) إذا ناقش المعالج الصعوبات التى واجهها المريض نتيجة سلوكه ، فإنه بدلاً من التركيز على سبب وقوعه فى المشاكل ، فإن المعالج يركز على سبب عدم وقوع المريض فى مشاكل أكثر صعوبة . ومما يؤسف له فى تقدير جليسر وزينون أن المعالجين لا يدربون على تقويم مصادر القوة لدى العميل ، بل إن دراستهم للحالات تتركز حول نقاط الضعف والأزمات والفشل .

الأساس الرابع : الحكم القيمى Value Judgment : يعتقد أنصار العلاج الواقعى أن كل فرد يتعين أن يحكم على سلوكه هو ، وأن يقيم ما فعله ويسهم فى تحقيق فشله ، وذلك قبل أن يمكن مساعدته . وحين يتضح سلوك الفرد ، فإنه يمكن — وربما لأول مرة فى حياته — أن يبدأ فى النظر إلى سلوكه نظرة نافذة ، وأن يحكم على ما إذا كان هذا السلوك بناءً . ويطلب فى العلاج الواقعى من كل عميل أن يصدر حكماً قيمياً على ما إذا كان سلوكه يتسم بالمسئولية ، ومن ثم يكون مفيداً له ولمن ينشغل بهم ومعهم . فإذا كان ما يفعله ضاراً به أو بالآخرين . وإذا كان هو الذى يصدر ذلك الحكم ، فإن سلوكه يكون سلوكاً غير مسئول ، ويتعين أن يتغير ، ذلك أن الفرد حقيقة لا يغير سلوكه ، إلّا إذا فهم أولاً ما يفعله . ويصر العلاج الواقعى على أن يقيم الفرد سلوكه وأن يحكم ما إذا كان هذا السلوك يساعده أم لا . ومسئولية المعالج ليست هى أن يذكر للمريض كيف يعيش حياته ولكن فى أن يوجهه فى الوجهة التى سوف توفر له السعادة دون إيذاء الآخرين أو إيذاء ذاته . ويعتقد أنصار العلاج الواقعى أنه أمر غير مسئول انتحال الأعذار لسوء السلوك ، أى السلوك الذى حكم العميل بأنه

خطأ ليس فقط بالنسبة له ، ولكن بالنسبة للمجتمع أيضاً . ويجب أن يحذر المعالج من إصدار أحكام قيمية للمريض لأن ذلك سوف يعفى المريض من المسئولية عن سلوكه ، ولكن المعالج يرشد المريض إلى تقييم سلوكه .

الأساس الخامس : التخطيط : الكثير من العلاج هو العملية التى نساعد بها الفرد على صياغة خطط محددة لتغيير السلوك الفاشل إلى سلوك ناجح . وينطبق ذلك لا على المعالج فقط ، ولكن أيضاً على الوالدين ورجال الدين والمعلمين والمستخدمين ، إلخ .. ومن غير المتوقع أن يكون المعالج اختصاصياً فى كل الشئون ، ولذلك فإنه يتعين عليه أن يحيل المريض إلى خبير فى المجال المعين الذى يهم المريض ، والمعالج الجيد هو الذى يقدر حدود قدراته والذى يوجه من يساعدهم إلى المصادر الصحيحة للمعلومات الصادقة . ولا يقتصر دور المعالج على مساعدة العميل على وضع الخطط الواقعية فى إطار حدود دافعية وقدرات العميل ، بل يمتد أيضاً إلى تنفيذها . والأحسن دائماً المخاطرة بالخطأ عن طريق وضع خطط مبسطة بدلاً من خطط معقدة تنتهى إلى الفشل . ذلك لأن العميل الذى نساعده يغلب أن يكون ممن لديهم مفهوم ذات يتضمن هوية فشل ، ولذلك فإن اكتسابهم لهوية نجاح يزداد احتمالاً عن طريق النجاح وليس عن طريق الفشل . ويصر أصحاب العلاج الواقعى على وضع الخطط مكتوبة فى صورة عقد . كما أن المعالج يناقش مع العميل كل التفاصيل العملية فى الخطة لا بوصفها أمراً مطلقاً ولكن بوصفها طريقة لتوضيح البدائل المتعددة فى الحياة ، وأنه من الممكن دائماً تغيير الخطة .

الأساس السادس : الالتزام : وهو حجر أساسى فى العلاج الواقعى ، ذلك أنه فقط عن طريق وضع الخطط وتنفيذها ، يكتسب الفرد الاحساس بقيمته وبنصحه . ومن الضرورى بعد أن يقوم الفرد بإصدار حكم قيمى على جزء من سلوكه ومساعدته فى وضع خطة لتغيير هذا السلوك طبقاً لحكمه القيمى ، فإن الخطوة التالية هى أن يساعده المعالج فى الالتزام بتنفيذ الخطة . وتوضح خبرات العمل فى المنظمات المهنية وفى منظمات تقديم المساعدة مثل منظمة « الكحولى المجهول Alcoholic Anonymous AA » أن الالتزام أمام الآخرين يكون أشد فعالية بدلاً من الالتزام أمام ذاته فقط . وهو ما تختلف فيه مدرسة العلاج الواقعى عن غيرها من المدارس العلاجية . فالمعالج الواقعى يشجع التزام العميل بتنفيذ

الخطة حتى إذا قال العميل أنه ينفذها إرضاءً للمعالج ، وبخاصة فى المراحل الأولى من العلاج . والحقيقة أن معظم الالتزامات هى من كائن إنسانى لآخر حتى فى غيبة الآخر . والمعالج يساعد العميل على الالتزام بأمر معقول لتوفير فرص النجاح . فكثيراً ما يفرط الفرد فى الالتزام أمام نفسه دون أن يترجم هذا الالتزام فى صورة تغيير فعلى للسلوك . وكذلك يتعين أن يتغير الالتزام بتغير الظروف .

الأساس السابع : لا أعذار No Execuses : قد تفشل الخطط أحياناً ، ولكن المعالج الواقعى يوضح للعميل أن الأعذار غير مقبولة . ولا يهتم المعالج بالبحث عن أسباب فشل الخطة ولكنه يهتم بحقيقة أن الخطة قد فشلت وأنه يتعين وضع خطة جديدة أو تعديل الخطة القديمة ، ومن الأجدى فى نظر العلاج الواقعى مساعدة المريض على إعادة التخطيط بدلاً من مناقشة أسباب فشل الخطة . والخطة تفشل لأن الفرد لم يفعل ما ذكر أنه سوف يفعله ، ولكن المعالج لا ينتقص من قدر العميل لفشله ، كما أنه لا يلومه . وهو بدلاً من ذلك يسأل المريض : « هل سوف تلتزم بما التزمت به ؟ فإذا أجبت بنعم ، فمتى ؟ » أو يمكن أن يقول : « إن الخطة فشلت ، فدعنا نعد معا خطة جديدة » . وليس من المقبول إطلاقاً فى العلاج الواقعى تقبل الأعذار . فإذا بدأ المريض فى الاعتذار ، فقد يقول المعالج : « إننى لم أسألك عن أسباب الفشل ، ولكنى أسألك عن « متى سوف تقوم بما قلت أنك سوف تقوم به ؟ » . ذلك أن التعمق فى بحث أسباب الفشل يدعم هوية الفشل . ومهمة المعالج هى أن يغير المريض إلى هوية نجاح عن طريق إعادة الالتزام بالخطة القديمة أو إعداد خطة جديدة . والمهارة الحقيقية فى العلاج الواقعى تتمثل فى القدرة على عدم تقبل الأعذار ، وعدم النبش وراء الأخطاء ، والعزوف عن القيام بدور « المخبر » والبحث عن السبب ، وعدم الانتقاص من قدر المريض لفشله ، والافتراض بأن الالتزام بخطة معقولة أمر ممكن دائماً .

الأساس الثامن : حذف العقاب : العقاب أسلوب غير صالح فى حالات من يعانون من هوية الفشل . وأى نوع من التعبير المنتقص لقدر العميل من جانب المعالج يصبح عقاباً . يجب تجنبه . ومن أمثلة هذه التعبيرات العقابية : « كنت أعرف أنك لن تفعل ذلك » أو « انظر لقد عملتها مرة ثانية » ذلك أن مثل هذه التعبيرات تدعم هوية الفشل لدى المريض . وفضلاً عن ذلك ، فإن توقيع عقوبة على المريض للفشل فى الخطة يضر العلاقة العلاجية .

عملية العلاج النفسى :

يمكن وصف المعالج الواقعى بأنه نشط لفظياً ، كما أن العلاج يكون تبادلاً لفظياً بين المعالج والمريض يشمل كلا من الجوانب المحببة وتلك التى يصعب على كل من العميل والمعالج التحدث عنها . ولكن التركيز يكون على جوانب القوة لدى المريض وإمكانياته السلوكية وخبراته وبخاصة محاولاته الحاضرة للنجاح فى الحياة . وتعريف حدود العلاقة جانب هام فى العلاج الواقعى . فمثلاً ، قد يتساءل المريض عما إذا كان يمكنه التحدث مع المعالج بالتليفون خارج مواعيد الجلسة . وقد يجيب المعالج « بالطبع إذا كان هناك أمر عاجل يمكن أن أقدم فيه مساعدة » ولكن من الأفضل أيضاً أن تقول : « آمل أن تطلبنى بالتليفون إذا حققت نجاحاً » ليوضح أنه يهمه معرفة الأخبار الطيبة بالإضافة إلى غير الطيبة .. والعقد المكتوب هو نوع من تعريف حدود العلاقة العلاجية ، إذ قد تحدد فى العقد فترة العلاج أو مدته أو عدد الجلسات . وبعد هذه المدة يوقف العلاج ولو إلى حين . وقد وجد أن هذا التحديد مفيد بخاصة فى حالات الاستشارات الزواجية والعائلية . ومن الضرورى أن يضيق المعالج الخناق على المريض كى يحدد على وجه الدقة ما ينوى أن يفعله المريض . والمعالج بدلاً من أن يسأل عميله مثلاً : « كيف يكون شعورك إذا فشلت فى المحاولات الأولى طلباً للعمل ؟ » فإنه يسأل : « إذا لم توفق اليوم ، فما هى خططك وماذا سوف تفعل ؟ » ذلك أن مناقشة المشاعر لا تجدى ولكن المعالج والعميل يمكنهما التخطيط معاً للأفعال . ولا يعترض المعالج الواقعى على الانخراط فى جدل بناء أو مناقشة ذكية يختلف فيها مع المريض اختلافاً يتسم بالمسئولية والذكاء ، فذلك يسهم فى إكساب المريض مفهوماً عن ذاته بأنه قادر على العطاء والتمسك بقيمة والدفاع عنها . وكذلك ، فإن المرح والضحك خلال العملية العلاجية أمر مستحسن لأنه يشكل جزءاً متكاملاً من مفهوم ذات يتسم بالاتزان فى معالجة مشاكل الحياة ، سواء ارتبط ذلك المرح والضحك بأخطاء الشخص نفسه أو بأخطاء الآخرين . ومن المهام الأساسية فى العلاج مجابهة السلوك غير المسئول وعدم الالتزام والصدمة اللفظية للمريض إذا كان الظرف من حيث التوقيت ودرجة الانشغال فى العلاقة العلاجية

يسمحان بذلك . ومن خلال هذه الصدمة يوضح المعالج أن سلوك العميل سلوك غير مسئول يهدف إلى إشباع حاجة عن طريق إيذاء الذات أو إيذاء الآخرين . ولا يرى المعالج الواقعى أى قيمة علاجية لتحليل الأحلام ، بل إن تحليل الأحلام قد يستخدم دفاعاً لتجنب مناقشة السلوك الحاضر ، ولكن ذلك لا يمنع المعالج الواقعى من الاستماع إلى حلم إذا قدر أن ذلك أمر هام للمريض .

ميكانيزمات العلاج النفسى :

يركز العلاج الواقعى بقوة على مساعدة الفرد على فهم وتقبل ذاته كما هى ، أى بوصفه كائناً إنسانياً له حدوده الداخلية وقدراته أكثر مما هو عليه سلوكياً . ولا يستند العلاج الواقعى إلى فلسفة حتمية ولكنها تستند إلى مفهوم أن الإنسان هو فى النهاية محدد لذاته ، فهو على ما هو عليه فى حدود الموروث والبيئة بفضل ما صنع من نفسه . وكل إنسان تتوفر له إمكانيات أن يكون مسئولاً أو لا مسئول . والطريق الذى يسلكه يتوقف على قرارات أكثر مما يتوقف على ظروف . وتتوقف محكات نجاح العلاج النفسى إلى حد بعيد على الهدف أو الأهداف التى حددها المريض لنفسه بمساعدة المعالج . ومن هذه المحكات القدرة على التعبير عن مشاعر الحب المسئول الناضج ، وعلى الأخذ والعطاء ، وعلى الوعى بمشاعر الغضب والضيق ، وفى نفس الوقت مشارع الحنان والحب فى ذاته وفى الآخرين بالإضافة إلى عوامل أخرى كثيرة تسهم فى حسن الأداء الوظيفى للفرد . إلّا أنه لا توجد محكات جامدة لإنهاء العلاج النفسى فيما عدا السلوك المسئول بعامة : وتحقيق الأهداف بصفة ثانوية . ويجب أن يحس المريض فى مرحلة مبكرة من العلاج أن المعالج يهتم به بوصفه شخصاً ، وأن يعتقد المعالج أن المريض يمكن أن يتحسن أو يمكن أن يكون أسعد مما هو عليه فى الحاضر . ومن المهم أيضاً أن يتقبل المعالج المريض بوصفه شخصاً كلياً ، ولكن لا يتعين بالضرورة أن يتقبل كل جوانب سلوكه . كذلك ، فإنه يتعين أن يعى المريض فى المرحلة الأولى من العلاج أن المعالج يتناول ما يدور فى الحاضر ويركز على السلوك وأنه ينسب المشاعر إلى السلوك . ويعنى الوعى بالذات فى العلاج النفسى الواقعى تزايد اهتمام المريض وتركيزه على الحاضر بدلاً من الماضى أو المستقبل البعيد ، وأن يكتسب القدرة على تجنب تكرار الحديث عن الماضى ونقده أو لومه لذاته لأخطاء مرتكبة

أو غير متوقعة . والمريض لن يحتاج لعلاج نفسى إذا استطاع السلوك مسلكاً مسئولاً وأن يحل الأزمات ومشكلات التوافق من خلال تقبل أنه مسئول عن ذاته وعن سلوكه وأنه يمكنه أن يشبع حاجاته دون إيذاء ذاته أو إيذاء الآخرين . ويتحمل المعالج الواقعى فعلاً قدراً كبيراً من المسئولية فى توجيه العلاج . ويرى أنصار هذه المدرسة من واقع خبراتهم أن ذلك لا يقلل من ثقة المريض بذاته ، بل إنه يدعم هذه الثقة ويقوى الشعور بالكفاءة .

وقد بدأ العلاج الواقعى فى أعمال جليسر مع فئتين من أصحاب المشكلات : الفتيات المراهقات الجانحات والمرضى الخارجيين بمشكلاتهم المتنوعة ، وفى نفس الوقت تقريباً بدأت أعمال هارينجتون مع الذهانيين فى المستشفات العسكرية . وقد رتب هارينجتون – وتبعه فى ذلك آخرون – العلاج على مراحل تبدأ من مرحلة الكلام « المجنون » والسلوك « المجنون » إلى مرحلة السلوك المسئول والحديث المسئول . ولا يسمح هارينجتون للمريض الذهانى بالكلام عن هواجسه وهلاوسه . وقد وجد أن إصراره على رفض الاستماع إليها قد قلل من تواتر حدوثها إلى حد بعيد . ويشيع استخدام العلاج الواقعى الجماعى ، وفيه توقع الجماعة على التزام الفرد بعقد لخطة وضعها وعرضها على الجماعة . وقد وجد أنه من المفيد استخدام المعالجين المشاركين Co-therapists فى العلاج الواقعى الجماعى . وتطبق مبادىء العلاج الواقعى أيضاً فى العلاج الزواجى . وهو يتكون عادة من سلسلة من الزيارات يتراوح عددها من ٥ إلى ١٥ . فإذا لم يتحقق فى نهايتها تقدم ، يعاد تقويم الموقف كلية أو يوقف لفترة يعاد بعدها التقويم . وفى الإرشاد الزواجى من المهم أن يوضح المعالج أهداف الزوجين عن طريق توجيه أسئلة مثل : « هل أنتما هنا بالرغم من أنكما قررتما إنهاء الزواج ، ولكنكما تريدان أن تكونا قادرين على القول بأنكما قد حاولتما كل شيء ؟ ؟ » أو « هل حضرتما إلى هنا لأنكما تريدان تقويم مزايا ومساوىء استمرار الزواج ؟ » أو « هل قررتما أنكما فعلاً تريدان استمرار الزواج ولكنكما تواجهان صعوبة أنكما غير قادرين على التغلب عليها دون مساعدة من اختصاصى ؟ » . وقد طبق بعض المعالجين بنجاح تعديلاً لبرنامج ماسترز وجونسون فى الإرشاد الجنسى (٩ ، ص ٣٠٩) . وفى الإرشاد الزواجى من المفيد التركيز على بعض أسئلة تسهم فى إعادة تركيز اهتمام كل زوج بالآخر . ومن أمثلة هذه الأسئلة :

(١) الأسئلة التى تساعد كلا منهما فى التعرف على أوجه الشبه والاختلاف فى الاهتمامات وفى الأذواق ؛ (٢) فهم كيف يكونان بوصفهما زوجا الصداقات مع الآخرين ؛ (٣) فهم كم يعرف كل منهما الآخر حقيقة ، وهل تقوم هذه المعرفة على أساس من الواقع أم الافتراض ؟ .

وفى العلاج الواقعى كثيراً ما يطلب من أفراد آخرين ممن يحترمهم العميل ويهتم بهم مثل صديق أو قرين أو مدرس أو ابن، الحضور إلى العيادة ، وذلك لمساعدة المعالج على فهم المريض فهماً أحسن . والأفضل فيما عدا حالات استثنائية قليلة جداً أن يكون ذلك فى حضور المريض . وقد استخدم العلاج الواقعى فى الصناعة لعلاج المشكلات التنظيمية ولتحسين فعالية الأفراد .

الجوانب الإدارية :

يجلس المعالج والمريض جلسة مريحة كل منهما فى كرسى مواجهاً للآخر . وتختلف الأجور من حالة لأخرى ومن مدينة لأخرى . ومن الأفضل مناقشة مسألة الأجر وأسلوب الدفع فى مرحلة مبكرة من العلاج . والأغلب أن تعقد جلسة واحدة فى الأسبوع . ونادراً ما يتطلب الأمر جلستين فى الأسبوع . والشائع أن تستغرق الجلسة ٤٥ دقيقة أو ساعة حسب الأحوال . ولا يجد أنصار هذه المدرسة قيمة كبيرة فى محاولة المزاوجة بين المعالج والمريض ، إلّا أنه من المهم جداً أن يؤمن المعالج بأن المريض يمكن أن يتحسن أو يمكن أن يكون أسعد حالاً مما هو عليه فى الحاضر ، كما أنه من المهم أن يكون المعالج مستعداً للانشغال فى علاقة علاجية مسئولة مع المريض . وقد يستخدم بعض الأطباء النفسيين الذين يطبقون العلاج الواقعى بحذر أنواعاً من العقاقير ، إلّا أنه من الأفضل تجنب استخدامها مع نزلاء المؤسسات العقابية لأنها تيسر التحلل من المسئولية عن السلوك .

ولا يرى أنصار العلاج الواقعى قيمة علاجية بناءة فى أساليب مثل المواجهة التفسيرية والاستبصار والمقابلات غير الموجهة والتداعى الحر والصمت الطويل من قبل المعالج حين يلجأ العميل إلى الصمت ، وتحليل الأحلام . ذلك أن المعالج الواقعى يركز على السلوك وعلى إقامة علاقة شخصية انشغالية مسئولة ، وعلى الحاضر وبخاصة محاولات النجاح فى العالم .

والمعالج الواقعى ينأى عن القيام بدور المخبر . فإذا ذكر المريض مثلاً : « أنا كذاب فلا تصدق كلمة مما أقول » ، فليس من المستغرب أن يستجيب المعالج بقوله : « أنا أصدقك ولا أحب أن يضيع وقتنا معاً فى محاولة تحديد ما إذا كان ما تقوله لى هو الصدق . ما يهمنى هو أن أساعدك ، ويمكنك أن تثق فى كما أتوقع أن أثق بك » . وقد وجد المعالجون الواقعيون أنهم فى تعاملهم مع المرضى العدوانيين ، فإنه من المفيد عدم مواجهتهم بداءة بعدوانيتهم . ومن الأفضل التعامل مباشرة مع مضمون ما يقولونه . ولا يتفق أنصار العلاج الواقعى مع أصحاب النظريات الأخرى فى النظر إلى ما يسمى « الهروب إلى الصحة » **flight into health** أى الشفاء الظاهر السريع غير المتوقع بعد فترة قصيرة من بدء العلاج ، وهو ما يغلب النظر إليه نظرة التشكك بوصف أنه « شفاء كاذب » وعودة محتملة إلى السلوك غير المسئول . إلّا أن المعالج الواقعى يتقبل أى تغير بناء مسئول فى الفرد بوصفه تقدماً . وقد يكون أهم الاختبارات وأكثرها فائدة للتأكد من عمق وإخلاص التغيير إلى سلوك بناء مسئول ، هو العزم على القيام بعمل شيء ذى معنى بصورة توضح الانشغال الإيجابى بالآخرين بالإضافة إلى عمل شيء مفيد وهام للذات .

التطبيقـــات :

لم يطبق العلاج الواقعى بعد على المشكلات العالمية مثل مشكلات الحرب والانفجار السكانى ، ولكنه طبق بنجاح — فى تقدير جليسر وزونين — على مشكلة عالمية معينة هى التعليم فى الثقافة الغربية . ويرى جليسر أن العقبة الرئيسية فى الفلسفة التعليمية الحاضرة هى فلسفة اللاانشغال أو اللامبالاة ، وعدم التركيز الكافى على التفكير واللامعنى . وفى تقديره أن التعليم يجب أن يتجه إلى عكس هذه الفلسفة أى إلى المبالاة والمعنى والتفكير إذا أريد حل مشكلة فشل الطفل فى المدرسة . وفى تقدير أنصار العلاج الواقعى ، فإنه يمكن أن يطبق لحل مشكلات التلوث والتعصب والتمييز . وقد طبق المنهج بنجاح فى مجال الجناح ، وما يترتب عليه من بطالة ترتبط ارتباطاً وثيقاً بمشكلة الفشل . وكذلك عولجت بنجاح المشكلات الفردية المعينة مثل القلق والتوافق اللاسوى والمشكلات الزواجية والانحرافات والذهان . ومن المعتقد أن المشكلات غير العادية مثل « الاوتيزم »

والتخلف العقلى لا يمكن علاجها بفعالية بالعلاج الواقعى لأن البرنامج العلاجى يتم أساساً عن طريق الكلمة المنطوقة ، أو فى حالات غير عادية عن طريق الكلمة المكتوبة بين المعالج والمريض .

ويقدر أصحاب منهج العلاج الواقعى أيضاً أن المنهج له حدوده عند التطبيق فى حضارات ومجتمعات تختلف أسس نظام القيم فيها اختلافاً جوهرياً عن قيم الحضارة الغربية . وقد طبقت بنجاح طريقة العلاج الواقعى الجماعى مع جماعة من أرامل الحرب . ويركز العلاج على تبادل الأفكار الإيجابية البناءة دون محاولة كبت مشاعر الحزن والحداد . وفى هذه الحالات وبعد مرحلة الصدمة الأولى التى تلى فقدان الزوج ، تبدأ مرحلة من الاكتئاب وتعذيب الذات والشعور بالذنب واليأس والعجز الموجه خارجياً . وقد أمكن فى مرحلة إعادة التنظيم السيكولوجى مساعدة هؤلاء الأرامل على إعادة التوافق الاجتماعى والسيكولوجى فى حياتهن .

الموقف من المناهج الأخرى :

يختلف العلاج الواقعى عن العلاجات التقليدية فى ستة جوانب على الأقل هى :

١ – رفض المفهوم التقليدى فى تصنيف المرض العقلى إلى فئات مختلفة مثل الفصام والبارانويا والهوس ، إلخ . فمعظم صور الاضطراب العقلى من الأحسن وصفها بأنها « لا مسئولية » . وبصرف النظر عن الأعراض السلوكية ، فإن الحل الصحيح هو إظهار المريض على عدم واقعية سلوكه وطابع الغش الذاتى فيه . ويساعد العلاج الواقعى المريض على اكتشاف السلوك الذى سوف يشبع و/أو يساعد على إشباع حاجاته السيكولوجية الرئيسية دون إيذاء ذاته أو إيذاء الآخرين . ويعترف العلاج الواقعى بأن نسبة ضئيلة مما يسمى الاضطرابات العقلية تتسبب عن اضطرابات بيوكيميائية معروفة أو عن إصابات مخية .

٢ – لا يهتم العلاج الواقعى بفحص خبرات الماضى ، ولكنه يركز كل الاهتمام على الحاضر والمستقبل .

٣ – يعتقد المعالج الواقعى أن فائدة بناءة هامة يمكن أن تتحقق عن طريق الاهتمام بالعميل لذاته وليس بوصفه موضوعاً للطرح .

٤ – لا يسمح المعالج الواقعي للمريض باستخدام الدوافع اللاشعورية أعذاراً لسوء السلوك . ويتركز الاهتمام بما يفعله المريض ، وبخاصة محاولاته الحاضرة للنجاح أو ما يقصد فعله . ولا يعتقد المعالج الواقعي بعكس المدارس التقليدية ، بأن الاستبصار يحدث تغيراً .

٥ – تتجنب المدارس التقليدية إصدار الأحكام القيمية المعينة ، وتناول قضايا الصواب والخطأ ، وهي ترى أن السلوك المنحرف نتاج للمرض العقلي وتعتبر أن المريض يكون غالباً غير مسئول خلقياً لأنه عاجز . ويكاد أن يكون أساس العلاج الواقعي هو العكس تماماً ، أي أنه يرى أن مشكلة المريض هي عدم القدرة على فهم وتطبيق القيم والأسس الخلقية في حياته اليومية . ويواجه المريض بحقيقة أنه مسئول عن سلوكه .

٦ – لا تشتمل المدارس التقليدية بعامة على تعليم الناس السلوك بأسلوب أحسن عن طريق وضع الخطط ومساعدتهم على الالتزام بتطبيقها ، وذلك على أساس افتراض أن الفرد إذا فهم ذاته ودوافعه اللاشعورية وجذور مشاكله ، فإنه سوف يتعلم تلقائياً السلوك الأحسن . ولكن العلاج الواقعي يسعى إلى تعليم المريض طرق السلوك الأحسن التي تمكنه من إشباع حاجاته السيكولوجية الأساسية .

ويرى جليسر وزونين أن هناك أوجه التقاء عديدة بين آراء جليسر وكل من وليام هـ. مينورد Mainord ، وأبراهام مازلو في علم نفس « القوة الثالثة » و « تحقيق الذات » وكذلك يتفق جليسر مع آلان هويليس Wheelis في رأيه أن « التغيير في طريقة الحياة يؤدي إلى تغيير في المشاعر » .

ويتفق جليسر في نقاط عديدة مع ماورار Mowrer . وتكمن جذور كل من منهجه ومنهج ماورار في التعاليم الدينية عبر القرون . وآراؤهما صدى للعلاج الأخلاقي الذي كان له شعبية في القرن التاسع عشر . وكان ماورار من أوائل المنادين بمثل هذا الموقف ، وقد ضاق ذرعاً بتعاليم التحليل النفسي وبخاصة حياده الأخلاقي . وكان ماورار يرى أن المريض العصابي الذي يعاني من الكبت والكف والذي كان موضوع

الاهتمام الأول فى الأعمال المبكرة لبروييه وفرويد، لا يعانى من فرط التنشئة الاجتماعية أو من تزيد فيها ، ولكنه يعانى من نقصها . أى أن المريض لا يعانى من قسوة الأنا الأعلى وعقابه المفرط ، ولكنه يعانى من أنا أعلى ضعيف ومتساهل . ويتعارض مفهوم الشعور العصابى بالذنب مع هذا الموقف الذى يعتبر هذا الشعور استجابة أصيلة وصادقة للعدوان . ومهمة المعالج فى العلاج الواقعى هى حث المريض على الاعتراف بشرور الطرق التى يتبعونها ، وعلى الانصياع للمعايير الأخلاقية السائدة (والتى يبدو أنها لم تكن موضع تساؤل) وأن يكف عن الخطيئة . ومما لا شك فيه أن المريض العصابى أو الذهانى يعانى من شعور بالذنب وأنه يتجنب مواجهة الواقع ، وأنه تخلى إلى حد كبير أو قليل عن المسئولية عن قرارات شخصية هامة وعن تسيير شئون حياتهم . إلّا أنه يفعل ذلك لأسباب متنوعة تشمل حقيقة أن جهوده نحو الاستقلالية والتمكن والكفاءة فى العلاقات البينشخصية غالباً ما تثبط وتحبط من قبل أشخاص لهم دلالتهم الهامة فى حياته المبكرة . وفضلاً عن ذلك ، فإن هناك أدلة اكلينيكية وفيرة على أن الكثيرين من المرضى مدفوعون بصورة قهرية بمعايير كمال يفرضونها على أنفسهم ، وهى معايير غير واقعية وغالباً متناقضة . ومن الناحية الإيجابية ، فإن تأكيد جليسر على الانشغال الصادق من قبل المعالج بالمريض وعلى الحاجة إلى الاستقلال من جانب المريض وعلى سلوكه مسلكا معينا ، كل ذلك يمثل فى تقدير ستروب وبلاكوود « ٢٨ ، ص ١٤٥٥) نظرة إلى أمام ، وتكشف عن معرفة بالتطورات المعاصرة فى العلاج النفسى . وثمة إسهام إيجابى آخر ، وهو تركيز المعالج على مجتمعات فرعية محددة مثل جماعات الأحداث الجانحين ممن يعتبرون تقليدياً مستعصين على العلاج النفسى .

التقـويـم :

يرى أصحاب العلاج الواقعى أن التشخيص الفردى وعنونة المريض بمصطلح تشخيصى معين مثل الفصام لا يفيد ، بل إنه ضار ، إلّا فى حالات محدودة يعرف فيها عن يقين وجود نقص بيوكيميائى أو بيولوجى يتسبب

عنه المرض مثل phenylketonuria . وتؤدى العنونة إلى تحريف وخلط كبيرين بسبب اختلاف التعاريف والفهم لمعنى العنوان . ويعتقد أنصار المنهج الواقعى أن تقويم نتائج العلاج النفسى غير ممكن فى الوقت الحاضر نتيجة لصعوبة قياس متغيرات مثل السعادة والإشباع والابتكارية فى المجتمع فضلاً عن الابتكارية فى الفرد . وغاية كل أنواع العلاج النفسى مهما تعددت مدارسه هى تغيير اتجاهات وانفعالات وسلوك الفرد على أمل أن تقل معاناة الفرد للتعاسة وأن يعمل بكفاءة وبمسئولية . ويتميز العلاج الواقعى فى نظر أصحابه عن غيره من أنواع العلاج بتعدد وتنوع الطرق المتبعة لتحقيق الأهداف السابقة .

ولا تتوفر دراسات كثيرة على المدى الطويل تثبت تأثير العلاج الواقعى فى المرضى الخارجيين. ولكن بعض الاحصائيات عن فتيات مدرسة فنتورا للبنات توضح أن إدخال العلاج الواقعى قد قلل بصورة دالة من معدل العود recidivism . وقد قدم إنجلش دراسة مفصلة أوضحت أن العلاج الواقعى قد أسهم بصورة قاطعة فى الإقلال من مشكلات النظام فى المدرسة ، وحسّن من الأداء المدرسى ، وزاد من انشغال المدرسين بعضهم بالبعض الآخر وبالطلاب وبالنظام التعليمى . وكذلك أوضحت دراسة مقارنة أخرى قام بها هاوز Hawes وشملت ٣٤٠ تلميذاً من السود فى الفرقتين الثالثة والسادسة فى المدرستين : التجريبية والضابطة على مدى ١٦ أسبوعاً ، أن تطبيق برنامج العلاج الواقعى فى « المدارس بدون فشل » أدى بصورة دالة إلى تقوية اعتقاد التلاميذ بالضبط الداخلى للنجاح والفشل . وقد زاد سلوك التلاميذ فى المدرسة التجريبية فى الفرقتين الثالثة والسادسة فى المهام التى يفترض ملاءمتها للموقف المدرسى ، وتلك التى تتطلب الحصول على معلومات ، وتلك التى يستمد فيها الإشباع من التفاعل مع الآخرين كما زاد التفاعل بين التلاميذ والمدرسين ، وزادت مبادرات التلاميذ ونقص السلوك المتسم بالانصياع (٢٩ ، ص ٣٠٨) .

الفصل الحادى عشر

المنهج التوفيقى فى العلاج النفسى

تعـريـف :

يعرف فردريك ثورن (٣١ ، ص ٤٤٥) المنهج التوفيقى فى العلاج النفسى Eclectic Psychotheraphy تعريفاً مركزاً على أنه : « يتضمن التطبيق الانتقائى للطرق العلمية الأساسية ، وذلك باستخدام أصدق ما نعرفه اليوم فى مواقف اكلينيكية معينة ، وطبقاً لمؤشرات إيجابية ولمؤشرات مضادة . ولا يلتزم فى هذا المنهج بنظرية ضيقة فى الإنسان ، ولكنه يستمد من الدراسة النظامية للأسباب وللنتائج وتطبيق طرق تعديل السلوك بعد تشخيص المشكلة الاكلينيكية الفردية ، وتحديد النمط الفرد للعوامل المسببة (الاتيولوجية) ، وهكذا ، يصبح المنهج التوفيقى منهجاً علمياً أساسياً لحل مشكلة المزاوجة بين الطرق الاكلينيكية المناسبة وحاجات الحالات المعينة » .

وتشير الدراسات والاحصائيات إلى تزايد شعبية هذا المنهج بين الاكلينيكيين الممارسين ، وذلك إلى الحد الذى يمكن فيه الاطمئنان إلى تقرير أن معظم المعالجين النفسيين يدركون أن ممارساتهم العلاجية تتضمن بعض جوانب من النموذج التوفيقى (٦ ، ص ٢٣٩) . ولا يعنى ذلك أن شيوع هذا المنهج لم يواجه صعوبات أو انتقادات ، بل وجد أنه بالرغم من وجود اتفاق بين من يتبعون هذا المنهج فى الفلسفة العامة ، إلا أن الدراسات أوضحت أنه من الصعب التوصل إلى اتفاق على الممارسات الفعلية ، مما دعا ديموند وزملاءه (٦ ، ص ٢٣٩) إلى محاولة صياغة إطار نظرى تصورى لممارسة ما أسموه « المنهج التوفيقى الأمرى فى العلاج النفسى » Prescriptive Eclecticism يحدد المقومات الأساسية الضرورية لتوصيفه وتوضيح بنيته وترشيد خطواته .

التـاريـخ :

يقدر ثورن (٣١ ، ص ٤٤٦) أن المنهج التوفيقى يرجع تاريخه فى التطبيق إلى عام ١٨٨٠ حين نظمت عيادة مايو ، بوصفها أول مركز طبى حديث فى روشستر فى الولايات المتحدة الأمريكية . وقد جمعت هذه العيادة تحت سقف

واحد عددا من أكفأ الاختصاصيين فى الفروع المختلفة فى ذلك الوقت . وقد تعاون أعضاء هذا الفريق فى إطار علمى صارم يتخذ المعرفة العلمية الأساسية معياراً للتقويم . وفى عام ١٨٨٩ ، دعت مدرسة الطب فى جامعة جون هوبكنز السير وليام أوسلر لتنظيم أول كلية طبية تقوم على أساس المنهج العلمى الأساسى المقنن . وقد كان أول ما قام به أوسلر هو تقديم المعرفة الطبية القائمة حينذاك لتمييز الصادق عن غير الصادق ، وللبدء فى تجميع المعرفة الصادقة فى الحالات الباثولوجية والطرق العلاجية . ويقوم الطب على دراسة علوم مثل التشريح والأنسجة والكيمياء الحيوية والفسيولوجيا والباثولوجيا بوصفها متطلبات ضرورية لدراسة التخصص الاكلينيكى التطبيقى ، مما يؤكد الأهمية المطلقة للتأكيد على العلم الأساسى . وفى عام ١٩١٥ عهدت الجمعية الطبية الأمريكية إلى دكتور ابراهام فلكسنر بمهمة التقويم الدورى لكل كليات الطب فى أمريكا لتحديد درجة التزامها بمعايير الممارسة الطبية العلمية المستندة إلى بحوث علمية . وقد كان عدد مدارس الطب عام ١٨٨٠ أكثر من ٤٠٠ مدرسة ولكن بعد ٢٥ عاماً من تقرير فلكسنر إنخفض عددها إلى ٨٠ مدرسة فقط . فقد أصبح التعليم الطبى مقنناً يتبنى منهجاً توفيقياً فى تدريس منهج مقنن مما أدى إلى تحسين الممارسات فى المراكز الطبية وإلى تقنين الشهادات الطبية وإلى غير ذلك من وسائل التنظيم المهنى الذاتى القائم على أساس التطبيق التوفيقى للعلم . وقد تقدم هذا التحول بدرجات متفاوتة فى مختلف فروع الطب فحدث أكثر التقدم فى الطب الاكلينيكى وفى الجراحة بعكس الطب السيكياترى الاكلينيكى . وقد تنوعت مدارسه من أولئك الذين ينتمون إلى آدلر إلى أولئك الذين ينتسبون إلى بوذية زن **Zen Buddhism** . وقد عكس ذلك حقيقة أنه لا توجد « مدرسة » نظرية تستطيع أن تنسب لنفسها الكمال والصدق . وبالرغم من ذلك ، فقد تقدم المنهج التوفيقى فى الطب النفسى بثبات ، ومن دعاته جرينكر (٣١ ، ص ٤٤٦) والذى نادى بمنهج توفيقى عام ومتعمق . ويرى ثورن أنه حتى الوقت الحاضر ، فإن كلا من علم النفس الاكلينيكى والطب النفسى الاكلينيكى لا زالا كما كان عليه الطب قبل عام ١٨٨٠ ، إذ أنهما التخصصان الاكلينيكيان الوحيدان اللذان لا زالت وظائف الجهاز العضوى الكامن وراءهما غير معروفة تماماً ، فلا زلنا لا نفهم فهماً كاملا كيف يعمل المخ. ولذلك ، فإنه لا يوجد حتى الوقت الحاضر نظام علمى مقنن

وتوفيقى مقبول بعامة فى كل من علم النفس الاكلينيكى والطب النفسى فى الوقت الذى توجد فيه مدارس عديدة . وقد رفض الكثيرون من علماء السلوك النموذج الطبى على أساس أن مفاهيم المرض لا تنطبق على علم النفس وعلى الطب النفسى . وسواء كان المرض العقلى طلسماً أم لا ، وسواء كان النموذج الطبى قابلاً للتطبيق فى العلوم السيكولوجية أم لا ، فلا زالت هناك فى تقدير ثورن حقيقة قائمة ، وهى أن الخلاف الحالى القائم بين المدارس العديدة المختلفة لا يمكن حله إلا عن نفس الطريق الذى سلكته العلوم الاكلينيكية الأخرى ، وهو الأولوية المطلقة للعلم الأساسى وللمنهج التوفيقى .

وقد وصف روبرت وودورث عام ١٩٣٠ الموقف التوفيقى بوصفه طريقة عامة للعلم ، على أساس أن « مدارس » علم النفس ليس لديها الإجابة الكاملة عن كل شىء . ولكن دعوته لم يكن لها أثر كبير نظراً لشيوع المدرسة الموضوعية objectivism ، ومدرسة فرويد فى التحليل النفسى حينذاك . وقد كان علم النفس فى جامعة كولمبيا فى الثلاثينات تسوده المدرسة « الموضوعية » الصارمة ويركز على دراسة السلوك الحركى . ولكن تقدير ثورن بأن السلوكية والسلوكية الجديدة تتسمان بالعقم ، دفعه إلى استطلاع مدارس أخرى مثل فرويد وآدلر ويونج والوجودية ، ثم بدأ يدرس علم نفس الذات (ليكى Lecky) . وقد تعرض خلال دراسته للطب إلى المنهج التوفيقى فى التعليم الطبى ، ثم عمل بين عامى ١٩٣٥ ، ١٩٧٠ على تحقيق تحليل إجرائى شمولى وتصنيف لكل جوانب التشخيص السيكولوجى والتناول السيكولوجى للحالة فى الإطار النظرى لعلم النفس النظامى بحيث يكون قادراً على تحقيق التكامل بين مطالب نظرية الحالة السيكولوجية والمنهج التوفيقى العريض باستخدام المؤشرات والمؤشرات المضادة لكل الطرق التشخيصية والعلاجية . وهو يرى أنه بفضل جهوده ، توفر نظام لعلم النفس التكاملى مصمم بخاصة لتحقيق مطالب الممارسة الاكلينيكية وباستخدام كل الاسهامات ذات الدلالة . ويرى ثورن أنه فى إطار المنهج التوفيقى فقط ، يمكن للاكلينيكى المبتدىء أن يتعرض شخصياً لكل ما يجب أن يتعلمه لكى يكون ممارساً كاملاً . ويقرر ثورن أنه نتيجة لخبراته المتنوعة والمتعمقة فى العلوم والممارسات الطبية والسيكولوجية استطاع أن يستوثق من صدق المنهج التوفيقى . وقد كتب ثورن بين عامى ١٩٤٥ ، ١٩٤٩ فى المجلة التى كان يشرف

على تحريرها « علم النفس الاكلينيكى » سلسلة من المقالات تحت عنوان : « العلاج النفسى الموجه » Directive Psychotherapy يحذر فيها من التقبل غير الناقد لمدرسة روجرز فى « العلاج النفسى غير الموجه » . ويعبر ثورن عن أسفه لأنه نتيجة لهذه المقالات ، نسب إليه أنه صاحب المدرسة الموجهة . وهو ينفى ذلك عن نفسه تماماً . وقد أعلن ذلك فى كتابه « أسس ارشاد الشخصية » (عام ١٩٥٠) ، وعرض فيه لأول مرة بصورة نظامية المنهج التوفيقي . ويفضل ثورن أن يستخدم مصطلح « تناول الحالة السيكولوجية » بدلاً من مصطلحى « الارشاد » و « العلاج النفسى » وذلك اتساقاً مع المنهج التوفيقى . وهو يرى أن مصطلحه أكثر إجرائية وأنه يشير إلى حقيقة أن الحالات يتم تناولها سيكولوجياً ، ولكن دون افتراض ما إذا كانت طرق هذا التناول علاجية وفى عام ١٩٦٨ نشر ثورن مجلدين بعنوان : "Psychological Case Handling" أعاد فيه عرض كل الطرق التى سبق وصفها فى ضوء دلالاتها لعلم النفس التكاملى .

وقد تعرض المنهج التوفيقى لسيل من حملات النقد من جانب أصحاب المدارس المختلفة بدعوى أنه لا يمكن أن يكون منهجاً صادقاً . إلّا أن أعداداً متزايدة من الاكلينيكيين بدأوا يعلنون أنهم توفيقيون . ويرى ثورن أن التباطؤ فى انتشار المنهج التوفيقى يرجع إلى أنه منهج شمولى متعمق يتبنى الطرق العلمية الأساسية ، ويقيم الطرق العلاجية دون إلتزام مسبق . والطالب المبتدىء يغلب أن تؤثر فيه أول مدرسة يتعرض لها فى دراسته حيث أن ذلك هو كل ما تعرض له . ومن الأسهل بالطبع التركيز على دراسة منهج واحد بدلاً من التعمق فى كل المناهج المعروفة . وقد أسهم نشر هذا التطرف فى تأييد مدارس معينة إلتزام بعض أقسام علم النفس بنظم معينة دون غيرها مثل التحليل النفسى أو تعديل السلوك ، وذلك بحكم أن القائمين بالتدريس لم يتعرضوا هم أنفسهم لغير هذا المذهب المعين . ويعتبر ثورن أن تبنى المنهج التوفيقى قد يكون محكاً من محكات المكانة العلمية للاختصاصى الاكلينيكى ، ذلك أن المدارس المتنافسة لا يمكن أن تكون كلها صادقة ، فهى بالضرورة فى مرحلة من مراحل التطور . وفى الوقت الذى لم يكن قد تم فيه إثبات صدق العلاج النفسى بوصفه عاملاً لتغيير السلوك ، فإن استمرار تواجد عدد كبير من المدارس المتنافسة يعكس فشل العلوم السيكولوجية فى التوصل إلى مجموعة مقننة من المعلومات ومن الممارسات

الموحدة . ويقع عبء إثبات قيمة طريقة جديدة على من يبتكرها . وهذه هى المسئولية التى يعتبرها أصحاب المنهج التوفيقى أمراً طبيعياً فى محاولاتهم الكشف عن المؤشرات الإيجابية والمؤشرات المضادة لكل الطرق .

ونظراً لأن المنهج التوفيقى يرفض كل المناهج الخاصة بوصفها ناقصة ويطالبها بإثبات صدق مزاعمها ، فقد تعرض لحملات عارمة من النقد يلخص ثورن فيما يلى أهمها ويرد عليها :

١ - « المنهج التوفيقى يجمع شتاتاً متنافراً من الطرق المتنوعة ويجدولها دون منطق » . يرد ثورن بأن الخطوة الأولى فى التنظيم العلمى لأى تخصص تطبيقى جديد هو جمع وتحليل وترميز وجدولة الطرق القائمة للكشف عن حدود المعرفة المدعاة . ومن الضرورى جدولة ما نعرف قبل إجراء التحليل والمقارنة .

٢ - « لا توجد معارف ثابتة لتقييم طبيعة الطرق المُجدَولة ، وما يشير إلى صدقها أو عدم صدقها » يعكس ذلك فى تقدير ثورن الموقف الحالى الناقص للمعرفة الاكلينيكية ، فهو ليس نقداً للمنهج ، وحين تتوفر معرفة أصدق وأكثر ثباتاً ، فإن المنهج التوفيقى سوف يستخدمها الاستخدام المناسب .

٣ - « يجدول المنهج التوفيقى كل الطرق ثم يستخدمها استخداماً أعمى دون سند من العقلانية إلى أن يجد طريقة فعالة » . هذا الاتهام قد يصح على المبتدىء الساذج ، ولكن الخبير يختار الطرق اختياراً عقلانياً منطقياً . وفى الحالات المتطرفة قد يجرب عدداً من الطرق إلى أن يجد طريقة فعالة .

٤ - « ليس للمنهج التوفيقى أساس نظرى قادر على التفسير العقلانى لما يحدث » . هذا الاتهام غير صحيح فى نظر ثورن ، لأن المنهج التوفيقى لا يحتاج منطقياً لأى أساس نظرى ، فديناميات السلوك معروفة عضوياً وتحددها العوامل الطبيعية وتتطلب فقط اكتشافها بالطرق الاستقرائية ، فضلاً عن أنه - أى ثورن - يزعم أنه قد قدم الإطار المنطقى للمنهج التوفيقى فى كتابه "Integrative Psychology" (عام ١٩٦٧) .

٥ - « انضواء الكثيرين من الاكلينيكيين تحت لواء المنهج التوفيقى يتضمن أنه لا يوجد منهج شمولى استطاع أن يثبت صدقه » . يرى ثورن فى هذا الاتهام

دليلا على العكس تماما ، لأن عجز أى منهج عن إثبات صدقه أو شموليته يعنى أنه لا يصلح أساساً لنظام ممارسة علمى .

٦- « ينزع الاكلينيكى التوفيقى إلى إدعاء المعرفة بكل شىء دون أن يتقن شيئا . ومن الأفضل التدرب فى عمق فى منهج واحد ، بدلاً من تشتت الكفاءة فى وجهات عديدة » . يرد ثورن بقوله أنه على العكس من ذلك ، فإن الطالب يتعين أن يلم بكل شىء قبل أن يتخصص فى خير ما يحسنه . والاكلينيكى التوفيقى هو مجرد اكلينيكى كفء فى الميدان الكلى للمعرفة التطبيقية .

٧ - « ينزع الاكلينيكى التوفيقى إلى أن يصبح مجرد تكنيكى حرفى يطبق بصورة ميكانيكية عدداً من الطرق دون توصيف فردى ومعرفة مفصلة » . يرى ثورن أن معرفة الاكلينيكى التوفيقى بكل الطرق لا يتضمن أنه سوف يستخدمها آلياً أو لا عقلانياً ، بل إنه يهتدى بالأدلة على صدق طريقه فى موقف معين .

٨ - « لا تتوفر لدينا فى الوقت الحاضر معرفة مفصلة عن طبيعة كل الطرق المعروفة وما يشير إلى صدقها وإلى عدم صدقها . ولذلك فإن الطرق الاكلينيكية لن تستطيع أن تقدم صياغة واضحة وأن تختار الطرق المناسبة لتناول الحالة » . يعكس هذا الموقف فى نظر ثورن الموقف الحالى للمعرفة الاكلينيكية ، وإذا كنا حقيقة لا نعرف الكثير عن طرق كثيرة ، إلّا أن الاكلينيكى لا يملك أن يفعل ما هو أحسن مما يسمح به المستوى العام للمعرفة والمهارة فى المكان والزمان المعينين .

٩ - « الاكلينيكى لا يمكن ولا يجب أن يكون كل شىء لكل الناس ، بل يجب أن يعرف ما يمكنه ، وما لا يمكنه القيام به » . يرد ثورن بقوله أنه كلما زادت معرفة الاكلينيكى كلما زادت كفاءته . وغالباً ما يكون الاكلينيكى المفرط فى التخصص مثل كمان ذى وتر واحد لا يستطيع إلّا إعطاء نغمات محددة . والاكلينيكى المدرب فى عمق فى كل الطرق الملائمة سوف يكون أكفأ من الاكلينيكى المدرب فى عمق فى منهج واحد ، وبخاصة إذا كان منهجاً غير صادق . هذا فضلاً عن أن الطرق تتقادم وقد تصبح بالية .

ولا يوجد ما يمنع الاكلينيكى التوفيقى من أن يتقن الطرق الصادقة .

ولا يتوفر لدى الطالب فى معظم الحالات أساس للحكم على صدق الطريقة التى يتعرض لها ، وبالتالى فإنه يغلب أن يتوحد مع المنهج الذى يصادف أن يروق له قبل أن يتعرض للمناهج الأخرى ، ويؤدى به حماس الشباب مع عدم النضج وعدم الشعور بالأمن إلى الارتباط بمنهج معين ، وإلى أن يضيق بالمنهج التوفيقى لأنه يتطلب خبرة عريضة ومعارف ومهارات معممة ومتنوعة . وفى تقدير ثورن أن الاكلينيكى الذى يتبنى المنهج التوفيقى هو الأكثر خبرة ونضجاً ، وهو الذى تعلم نتيجة خبرات متنوعة بعد تخرجه ، ما هو صادق وما هو غير صادق من طرق . ويتوقع ثورن أنه إذا بدأت أقسام علم النفس فى تبنى المنهج التوفيقى فى مختلف مراحل الدراسة ، فإن كل الاكلينيكيين سوف يتبنون هذا المنهج بوصفه المنهج الصادق الوحيد لدراسة الحالة وتناولها .

النظرية فى العلاج النفسى التوفيقى

يتضمن العلاج التوفيقى فى إطار النظرية انتقاء عناصر من مصادر مختلفة يمكن التوفيق بينها بصورة منظمة ، حتى لو كانت من نظريات متناقضة . ومهمة التوفيق هى التعرف على العناصر الصادقة فى كل النظم والجمع بينها فى كل متسق يمكن أن يشرح البيانات السلوكية . والنظام الناتج قابل للمراجعة المستمرة لكى يسمح بأخذ المكتشفات الجديدة بعين الاعتبار . ويتضمن المنهج التوفيقى فى الممارسة الاكلينيكية اعتبار كل النظريات والطرق الملائمة ، ومعايير تقويم وتناول البيانات الاكلينيكية طبقاً لأكثر المعارف تقدماً فى الزمان والمكان . ويتطلب المنهج التوفيقى الاحتفاظ بعقل متفتح نحو كل مسائل التشخيص والعلاج ، وعدم التوحد مع مدرسة معينة أو نظام معين والعمل التجريبى طبقاً للخصائص الفريدة لكل موقف اكلينيكى ، وذلك للتوصل إلى صياغات صادقة تقوم على أساس الديناميات الحقيقية لمادة الحالة . ويرفض الاكلينيكى التوفيقى التطبيق الأعمى للنظريات الشائعة إلى أن يثبت صدقها طبقاً لمؤشرات كل موقف اكلينيكى معين . وفى تقدير ثورن ، فإن المنهج التوفيقى فى العلم هو الوحيد القادر على فهم اسهامات وتناقضات النظريات العديدة فى علم النفس والطب النفسى وتحقيق

التكامل بينها واستخدامها . ولكل مدرسة ما يمكن أن تسهم به ، ويجب على الاكلنيكى أن يحاول فهم ما يمكن أن يقدمه وأن يحقق التكامل بينها .

نظرية الشخصية : يقرر ثورن أنه بدأ فى بداية الستينات يزداد اقتناعا بان مفهوم « الشخصية » ليس أكثر صدقاً من مفهوم « العقل » نظراً لأن كلا منهما مركبات سيمانتيكية . وأصبح يعتقد أن « بنيان الشخصية » وسيكولوجية « السمات » ليسا فقط معيبين منهجياً فى معالجة بيانات السلوك الظواهرى ، ولكنهما أديا بعلم النفس النظرى إلى طرق مسدودة . وتتجاهل النظريات الحاضرة فى تقدير ثورن بعض أهم البيانات السلوكية ذات الدلالة مثل الشعور والظواهر الذاتية الأخرى ، وذلك لأن حدود الطرق الموضوعية تنفى دراستها . ويتطلب المنهج التوفيقى دراسة الاسهامات ذات الدلالة لكل نظريات الشخصية وتمثلها فى إطار إجرائى يوضح بدلاً من أن يعقد تناول البيانات السلوكية . وذلك هو ما يقرر ثورن أنه قد قام به فى كتابه « علم النفس التكاملى » وفى صياغته لنظرية الحالة السيكولوجية بوصفها أساساً لتناول الحالة .

ويعتقد ثورن أن « الشخص » هو المعلومة الأساسية والموضوع المناسب الوحيد فى الوحدة الكلية : « الشخص – يدير – شئون – حياته – فى – العالم » وأن ديناميات كل شخص قابلة للكشف عنها فقط عن طريق دراسة الحياة الفردية فى الحياة على مر الزمن . وتتمثل المشكلة فى دراسة السلوك بوصفه من « المعطيات الظاهراتية (الفنمنولوجية) » للكشف عن دينامياته فى إطار منهج « متمركز – حول – الشخص » . ويتطلب ذلك من الاكلينيكى أن يتخلى عن التنظير دون دليل امبريقى وأن يركز على دراسة حالات حقيقية . ويتعين استخلاص مفهوم الشخصية من الصياغات المستمدة من دراسة الحالات الفردية . فالسلوك يوجد فقط فى صورة حالات سيكولوجية (مقاطع عرضية من مجرى الحياة أو الوجود) ، ولذلك فهو فى حالة من التغير الدائم . ويفترض قانون التغير الكونى universal change أن الظروف المتغيرة دائماً للمحددات الرئيسية الثلاثة للسلوك ، وهى : (أ) حالة الكائن العضوى ؛ (ب) الحالة الموقفية بما فى ذلك العلاقات بين الأشخاص ؛ (جـ) الظروف الإنسانية بعامة ، يتعين بالضرورة أن تنتج حالات سيكولوجية دائمة التغير ومكونة لمجرى الحياة السيكولوجية . ويعنى ذلك أن الحالات السيكولوجية وليست السمات أو أبنية الشخصية هى

التى يجب أن تصبح الأبعاد الأولية لدراسة السلوك ، وموضوع كل طرق تعديل السلوك . والسؤال الأساسى يرتبط دائماً بما يفعله الشخص بحياته وقت الدراسة السيكولوجية . وتتضمن سيكولوجية الحالة صياغة نظريات وطرق قادرة على معالجة موضوع التغير . وهذا هو ما يزعم ثورن أنه قد قام به فى صياغته لعلم النفس التكاملى والشمولى والقائم على أساس أفق توفيقى لشرح قدرة الكائن العضوى على أن يبقى منظماً سيكولوجياً لمواجهة مجال سيكولوجى من القوى دائم التغير . وعلى ذلك ، فإن التكامل يصبح الحاجة الأولى للكائن العضوى . ويتضمن التكامل الاحتفاظ بتنظيم لتدرج العوامل المنظمة عبر الزمن . ويوفر علم النفس التكاملى عن طريق دراسته للمستويات المتدرجة للعوامل المنظمة للحالات المتكاملة مكاناً لكل الاسهامات الفسيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية إلى الحد الذى يمكن معه تقديمها فى أى مجال تكاملى معين بوصفها معطيات ظواهر طبيعية . ولا يحدد علم النفس التكاملى أوزاناً مسبقة للعوامل على أى مستوى إلى أن يمكن إثباتها فى معادلة اتيولوجية (سببية) للسلوك المعين . وتوفر العوامل الفسيولوجية عادة القواعد المساندة لوظائف الأجهزة العضوية ، فتحرر بذلك الكائن العضوى لإنماء مستويات أعلى من تنظيم السلوك . ويساند الإدراك والذاكرة والتعلم وتكوين المفهوم التظم الوجدانية – الاندفاعية الأكثر بدائية فى تكوين الخطوط الأساسية لعقلية الإنسان . وتتحدد المعانى النهائية للسلوك بواسطة أعلى مستويات التكامل المتضمنة تفاعلاً بين العوامل الذاتية والقيم الوجودية . ويدلل ثورن على الافتراضات السابقة من نتائج بحوثه التى استخدم فيها ثمانية اختبارات لمستوى التكامل ، وهى تشير إلى وجود عوامل المستوى هذه وأنه يمكن قياسها . كما تشير إلى أن عوامل من مستويات أعلى مثل مفهوم الذات وطراز الحياة والدور وعوامل المكانة الاجتماعية والمعانى الوجودية قد تكون منظمات هامة للسلوك حين تعمل بصورة عادية . ويحاول الاكلينيكى دراسة التكامل احصائياً وتجريبياً باستخدام التحليل العاملى . وينظر كل من علم النفس الاكلينيكى والطب النفسى إلى التكامل بوصفه مظهراً فنمنولوجياً لعوامل عامة أو اجتماعية تنظم ثوابت السلوك .

ويتصدى ثورن لدراسة التكامل إجرائياً ، فيقرر أنه يمكن النظر إلى التكامل بوصفه : (أ) عملية سيكوبيولوجية دينامية ينشط بها الكائن لتنظيم كل العوامل

فى المجال السيكولوجى فى أى لحظة معينة ؛ أو (ب) بوصفه صفة ظاهراتية تعكس الحالة التنظيمية للكائن . ويفضل ثورن استخدام مصطلح « العوامل المنظمة للتكامل » لتأكيد أن الكائن جزء من مجال من القوى دائم التغير يتعين أن يحاول تنظيمه وتوجيهه فى نمط متكامل . والشخص يكون متكاملاً فى الإطار السيكياترى الكلاسيكى حين : (أ) تعمل الأجهزة السيكوبيولوجية بكفاءة لتساند الوظائف العليا ؛ (ب) تكون الحاجات السيكوبيولوجية العميقة المختلفة متكاملة تكاملاً مناسباً مع الحالة الدافعية بحيث يكون الكائن حراً للتعامل بكفاءة مع النشاط اليومى لحل المشكلات ومواجهة البيئة ؛ (ج) لا يوجد عطل أو خلل جزئى أو كلى يعوق السلوك فى تعامله مع البيئة ؛ (د) حينئذ يكون الكائن قادراً على تعبئة مصادره للتعامل مع المجال السيكولوجى فى اللحظة المعينة ؛ و (هـ) ينجح الكائن فى تحقيق وحدة فعالة بين كل الوظائف والعوامل المتنافسة فى اتساق ذاتى .

وفى ضوء ما سبق ، يعرف ثورن التكامل بأنه مستوى التنظيم الذى يكون الكائن فيه قادراً على تعبئة كل مصادره فى أسلوب مستقل وظيفياً فى تعامله مع موقف الحياة فى اللحظة المعينة . والتكامل هو العملية المركزية الموحدة التى تساند جهود الكائن للاحتفاظ بأعلى مستويات التنظيم على مر الزمن . ويبدو أن كل المستويات العليا للتكامل تتم عن طريق « الشعور » الذى يعمل بوصفه بؤرة أو مركزاً تمثل فيه كل المدخلات ، وتعدل أو تضبط كل المخرجات . وبذلك يصبح الشعور الميكانيزم المركزى للتكامل لأنه فى الحالات اللاشعورية لا يمكن أن تتم المستويات العليا للتكامل . وترتبط بنقائص الشعور نقائص التكامل . ويبدو أن العامل الحاسم فى كل المستويات العليا للتكامل هو « ذات واعية بذاتها » ، ولذلك فهى قادرة على « النقد الذاتى » وعلى « الضبط الذاتى » .

وفى إطار نظرية التكامل ، فإن كل سلوك يعكس الحلول التى تتوصل إليها المجالات السيكولوجية للقوى والتى تنجح فيها بعض تجمعات من العوامل القوية فى تنظيم حالة متكاملة . ولكى نصل إلى المعادلة السببية (الاتيولوجية) الكامنة وراء أى نمط معين من التكامل ، فإنه من الضرورى تقييم كل العوامل فى « الكائن ـــ يواجه — بيئته » . وبعض العوامل المنظمة يتوفر لها ثبات طولى ذات تأثيرات ثابتة نسبياً ، أى عوامل عامة تعكس استعدادات تكوينية ونزعات مكتسبة ، إلخ .

إلّا أنه ربما كان أهم من ذلك حالات التكامل العقلى التى تعكس تعامل الكائن مع مواقف معينة متنوعة لا نهائية ذات فترات مؤقتة طويلة أو قصيرة . ويمكن أن نفترض نمطاً للتكامل دائم التغير فى الظروف الدائمة التغير التي يجد الشخص نفسه فيها . وتفرض هذه الظروف المتغيرة مقدماً وسطاً تكاملياً كلما تغير تكوين العوامل الاتيولوجية مع التغير فى حالة الكائن وحالة الموقف والظروف الإنسانية بعامة . وقد يجد الاكلينيكى نفسه عاجزاً عن دراسة المعادلة الاتيولوجية فى ظروف التغير السلوكي الدائم ، إلّا أنه سوف يجد رصيداً من النظريات والطرق الإجرائية يمكن أن يبدأ منها . وذلك هو ما حاوله ثورن وتوصل من خلاله إلى الفروض التالية ، وهى تستند إلى افتراض أن الدافع الرئيسى هو « التقدم الشخصى » أى أن الكائن يحاول فى كل وقت أن يحقق أعلى مستوى ممكن من التكامل ، وأن يحقق أقصى توحيد للسلوك . ويرى ثورن أن افتراضاته التالية تجد ما يساندها فى الخبرة الاكلينيكية :

١ – قد يتكامل السلوك فى مستويات كثيرة من البنية و/أو الوظيفة ، تتراوح من الوظائف السيكوفيسيولوجية المساندة المنخفضة المستوى إلى أعلى مستويات التفاعلات السيكولوجية – الاجتماعية .

٢ – يعمل كل مستوى وظيفى بوصفه قاعدة ضرورية للمستوى الأعلى منه .

٣ – تؤدى اضطرابات التكاملات فى المستويات المنخفضة بالضرورة إلى اضطرابات المستويات الأعلى التى تعتمد عليها .

٤ – فى ظروف معينة قد تؤثر اضطرابات المستويات الوظيفية الأعلى إلى تفكك فى الوظائف ذات المستويات المنخفضة .

٥ – أداء المستويات المنخفضة لوظائفها أداء سليماً يجعل من الممكن أداء المستويات العليا المستقلة وظيفياً والمختلفة نوعياً لوظائفها .

٦ – حين تؤدى المستويات العليا وظائفها مستقلة دون تدخل من عوامل المستويات المنخفضة فإنه يمكن فهمها فقط فى ضوء ديناميانها ووحداتها .

٧ – يكون الهدف التكاملى عادة هو تحقيق أعلى مستويات التكامل والاحتفاظ بها عبر الزمن .

٨ - تتحدد مستويات التكامل جزئياً بعتبات الانهيار تحت الضغط . وبالرغم من أن الدافع الرئيسى هو الاحتفاظ بالتكامل ، إلّا أن أى مستوى من التكامل قد ينهار تحت الضغط .

٩ - قد تظهر المستويات المختلفة للتكامل عتبات مختلفة من الانهيار . ويحدث الانهيار عند النقطة التى تكون فيها مقاومة الضغط أقل ما تكون .

١٠ - يوجد لدى كل شخص تدرج (هيراركية) للعوامل المنظمة تتحدد بالقوى النسبية الطويلة المدى والقصيرة المدى للنزعات المحددة .

١١ - إذا افترضنا سلامة الوظائف المساندة ، فإن التكامل تنظمه بعامة ديناميات الدوافع السائدة فى أى لحظة .

١٢ - الوظائف المكونة يكون لها دلالة وظيفية فقط فى ضوء اسهاماتها لما يفعله الشخص فى اللحظة المعينة . ومعظم الوظائف « صامتة » فى دور مساند تمكن العوامل الفعالة من القيام بدورها ولكن لا تحددها .

١٣ - يعكس كل سلوك الحالة التكاملية للشخص الذى يدير شئون حياته فى العالم . فالشخص فى نفسه يحس ويدرك ويتعلم ويحتفظ ويشعر ويفكر ويفعل بوصفه وحدة كلية طبقاً لمبدأ « تساوى الإمكانات » equipotentiality . ومحاولة دراسة الوظائف منفصلة عمل منطقى سيمانتيكى مصطنع .

١٤ - يمكن استنتاج التكامل بوصفه عملية كيانية يوظفها الشخص من السمات السلوكية الكلية وفى إطار التوحيد واتساق الذات ، ويمكن ملاحظتها فى التوحيد الكلى البيولوجى - الاجتماعى . وتعكس الحياة صراع الكائن العضوى للاحتفاظ بتكامله على أعلى مستويات إنقاص التوتر والتعبير الذاتى .

١٥ - تظهر أعلى مستويات التكامل فى خبرات القمة وحالات تعالى الذات والتى تجعل من الممكن القيام بأكثر الأعمال ابتكارية .

ويرى ثورن أن مفهوم التكامل هو وحده القادر على أن يضم فى نظرية واحدة متسقة كل الظواهر التى تحدث عنها غيره مثل حديث آدلر عن حركية

واستمرارية الحياة ، وحديث ل . ل . هوايت عن « الوحدة فى تنوع والاستمرارية فى تغير » ، ومبدأ ليكى فى « اتساق الذات » والذى يصف نزعة الفرد إلى تنظيم خبرته فى اتساق مع حاجاته ، ومفهوم آدلر فى «الصراع فى سبيل التفوق » ، وملاحظات الوجوديين التى ترتبط بالحاجات إلى التحقيق الذاتى الكامل وإضفاء معانى مقبولة على الحياة . والسؤال الهام فى تقدير ثورن هو كيف يتحقق التوحيد والتنظيم على المستوى الأعلى . وهو يرى أن الميكانيزمات السيكوبيولوجية والسيكوفيسيولوجية المعروفة قادرة على شرح التكاملات على المستويات المنخفضة عن طريق الفعل المنعكس ، والمستويات الاوتونومية الوجدانية ، الاندفاعية والغريزية . وفى تقدير ثورن يبدو أن المستويات العليا للتكامل تعتمد على عمليات سيكولوجية بحيث تشمل التعليم والاحتفاظ وتكوين المفهوم والجوانب المعرفية بعامة . ويمكن اعتبار الشعور ميكانيزماً رئيسياً للتكامل ومركزاً للوعى الذاتى . وتوفر وظائف الذات شبكة من النظم الدافعية ووظائف الضبط الإدارى التى تجعل الأعراض والأهداف ومثل الذات قابلة للتحقيق فقط عن طريق التعبئة المثلى لمصادر التكيف . وينطبق ما سبق على المحاولات لفهم أبنية الشخصية وميكانيزماتها المعقدة . ويرى ثورن أن بحوثه فى الأحكام الاكلينيكية تشير إلى أن نظرية الشخصية فى الوقت الحاضر لا تقدم أساساً صادقاً للممارسة الاكلينيكية ، وهو يستشهد على صحة قوله بما يوجه إلى التحليل النفسى وعلم النفس الاسقاطى اليوم من تشكيك فى صدقهما . ويرى ثورن أن البديل الوحيد هو العودة إلى طرق الدراسة السيكولوجية الطبيعية ممتزجة بمنهج توفيقى متعمق وشمولى يستجيب لمطالب علم نفس الحالة . وفى تقدير ثورن أن مفهوم « الشخصية » ليس أصدق من مفهوم « العقل » . والتنبؤات الاكلينيكية المبنية على أساس النظريات المعاصرة فى الشخصية اتضح أنها غير صادقة حين اختبرت إحصائياً وفى الحالات الفردية بديناميتها الفريدة . والبديل لذلك فى تقدير ثورن هو فى علم نفس الحالة الذى يصر على أن بيانات السلوك الخام تتكون دائماً من حالات . وبالرغم من أن طبيعة الحالات هى التغير ، فإن قياس ما يمكن أن يتوفر من اتساق وثبات مرات متتالية متعددة للحالات يمكن أن يؤدى إلى الحصول على قيمة متوسطة تتسم بالثبات . وعلى ذلك ، فإنه إذا أريد استخدام مفهوم « السمة » فإنه يتعين تعريفها بأنها متوسط إحصائى لقياسات الحالة . فإذا حدث ووجدت عوامل مشتركة

ممثلة فى المعادلات الاتيولوجية المتتالية من الحالات السيكولوجية فإن حدوث عوامل اتيولوجية ثابتة قد ينتج بعض الاتساق فى السلوك .

ويقدم علم النفس التكاملى فى تقدير ثورن إطاراً تصورياً جديداً للسيكوباثولوجيا . وهو يفترض أن الحاجة الأساسية للاحتفاظ بأعلى مستويات التكامل عبر الزمن أساسية للتحقيق الكامل للذات ، وبذلك تصبح السيكوباثولوجيا دراسة للعوامل المسببة للنقائص التى تحول دون النمو الكامل ودون أقصى درجات التكامل ، كما أنها دراسة للتفكك وهو يفترض أنه عامل هام يكمن وراء كل الاضطرابات العقلية ، فضلاً عن دراسة التكيفات السلبية . وقد لخص ثورن العدد الكبير من المعادلات الاتيولوجية الممكنة التى افترضت فى السيكوباثولوجيا الكلاسيكية بوصفها الاضطرابات الكامنة وراءها . وتنشأ الباثولوجيا من وجهة نظر علم النفس التكاملى من : (أ) انهيار القدرة على التعامل مع التغير ومواجهته ؛ (ب) فقدان القدرة على توحيد الخبرة ؛ (جـ) فقدان الاتساق الذاتى الناتج عن أنواع من الصراع يصعب التوفيق بينها ؛ (د) تفكك يتضمن إزالة التمايز ؛ (هـ) تفكك تغمر فيه العناصر غير المرغوبة الشعور وتربك السلوك فى أنماط حوازية قهرية ؛ (و) عدم مواءمة ناتج عن كل أنواع العجز . وفى ضوء ما سبق يقدم ثورن عدداً من التعريفات منها :

المواءمة : القدرة على المواجهة واقعياً وابتكارياً .

التوافق : الانصياع للمطالب الاجتماعية – الموقفية .

التفكك : فقدان التكامل .

الكفاءة العقلية : حالة السواء السيكولوجى التى تظهر فى الوظائف الحسية السليمة (التوجه ، معرفة الصواب والخطأ ، الضبط الذاتى ، أهداف حياتية ذات معنى ، استبصار وفهم ونقد ذاتى) .

العصاب : اضطراب وظيفى يتضمن خللاً تكاملياً لوظائف جزئية مع تواجد توجه سليم وتكامل عام فى الشخصية .

الذهان : تفكك كلى معمم إلى حد كبير أو قليل متضمناً إنهيار الضوابط على كل المستويات الوظيفية .

الاستجابة السوسيوباثية : اضطراب خلق مشرط ثقافياً يتضمن تكاملات « سلبية » تنظمها عوامل اجتماعية .

الحالة السيكولوجية : مقطع عرضي لمجرى الحياة النفسية (الوجود) ذو دوام محدود إلى حد كبير أو صغير يعكس حالة معينة من التكامل . تنزع الحالات السوية إلى أن تكون عالية التكامل وتظهر الحالات الباثولوجية التفكك .

ويرفض ثورن التصنيفات التشخيصية المألوفة لأنها تفترض الأمراض والاضطرابات على أسس منطقية لا توجد فعلاً فى الطبيعة ، ولأنها نظم تصنيف جامدة لا تعكس التنوع الاتيولوجية فى الحالات الفردية ، ولأن الصياغات الفردية ضرورية لوصف ديناميات الشخص الذى يحاول إدارة شئون حياته فى العالم ، فضلاً عن أنه لأمر مصطنع أن نفرض الحالات الفردية فى فئات تشخيصية قد لا تلائمها .

العلاج النفسى التوفيقى

التناول السيكولوجى للحالة :

وهو المصطلح الذى يستخدمه ثورن للإشارة إلى كل طرق المساعدة بعامة (٢١ ، ص ٤٦١) . وهو مصطلح لا يتضمن افتراضات عن فعالية هذه الطرق أكثر من الإشارة ببساطة إلى محاولة تناول الحالة . ويعترض ثورن على استخدام مصطلحات من الارشاد والعلاج النفسى لأنها تتضمن أن تغيراً إلى الأحسن يتحقق فعلاً ، وأن من يحاول تحقيق هذا التغير يملك فعلاً القدرة على ذلك ، وهو ما لم يثبت بعد ، وبخاصة أن الكثير من المدارس العلاجية التى احتكرت الميدان لأكثر من خمسين عاماً مثل التحليل النفسى لم تثبت بعد جدواها . وينطبق نفس القول فى تقدير ثورن على المدارس الأخرى الكثيرة التى تظهر كل عام بطرقها ونظرياتها ومصطلحاتها وادعاءاتها . وفى مقابل ذلك يصر ثورن على استخدام مصطلح « التناول السيكولوجى للحالة » إلى أن يتضح صدق الجهد العلاجى .

نظرية العلاج النفسى :

كل أنواع العلاج النفسى لها هدفان : (أ) إقامة الظروف الضرورية التى يمكن أن يحدث فيها تغيير السلوك إلى الحد الأمثل ؛ (ب) اختيار أكثر طرق تعديل السلوك ملاءمة . والهدف الأول لكل أنواع العلاج هو تيسير المستويات الأعلى للتكامل عبر الزمن ، ولذلك فإن العلاج يجب أن يوجه نحو معالجة التكاملات السلبية أو التفكك وإحلال تكاملات إيجابية بدلاً منها . ومهمة النظرية التوفيقية فى العلاج النفسى هى تحليل كل الطرق العلاجية والوصف الإجرائى الدقيق لما يكمن وراء أى طريقة معينة للعلاج النفسى ، ثم تصنيف كل الطرق إلى فئات طبقاً لوسطها الإجرائى وذلك هو ما فعله ثورن . وهو يحذر من أن ما نعرفه عن صدق العلاجات المختلفة لا زال فى مرحلة بدائية ، ولكنه يورد بعض ما يمكن افتراض توفر بعض المعرفة عنه مثل : (١) أسلوب الابتداء بالعلاج وإنهائه ، ذلك أن ظروفاً ميسرة معينة مشتركة تكمن وراء كل العلاجات النفسية . وفى الإطار الإجرائى الصحيح ، فإن أنواع العلاج القائمة على أساس العلاقات وأنواع العلاج غير الموجه ، تهتم أساساً بتهيئة الظروف التى يمكن أن يتم فيها تعديل السلوك فى مستويات أكثر تعقيداً ؛ (٢) الأسس التشخيصية للتناول السيكولوجى للحالة . فلكى يمكن التعامل مع البيانات العديدة والمعقدة عن السلوك يكون من الضرورى اختصارها . ولن يتحقق ذلك إلا عن طريق التشخيص الاكلينيكى الذى يركز على العملية ، والذى ينتقى باستمرار ما يرتبط بالدراسة ، ويحذف ما عداه . والهدف هو التعرف على الأحداث الحاسمة التى تمدنا ببصر تشخيصى فى المشكلات الرئيسية للعميل لكى يمكن البدء بصياغة المعادلة الاتيولوجية التى تصف أسباب الحالات السيكولوجية الحرجة . ويرفض التشخيص التوفيقى الافتراضات الاستدلالية القائمة على نظريات لا تستند إلّا إلى أصحابها ويلتزم بمنهج استقرائى متعمق وشمولى يستخدم البصر التشخيصى والمرتبط بأنواع السلوك التى تتطلب التعديل . ويقدر المنهج التوفيقى أهمية تناول الشكاوى والأعراض المقدمة والتى قد تكون قريبة من أسباب المعاناة الشخصية . وفى هذا المجال يمكن استخدام الطمأنة والاشراط وأنواع العلاج السلوكى وترشيد إدارة الحياة الشخصية لتعديل الأعراض . وينبه ثورن إلى أن المنهج التوفيقى لا يرفض

كلية الطرق الخاصة مثل العلاج السلوكى ولكنه يحاول وضعها فى الموضع المناسب من الذخيرة العلاجية .

وقد اعتمدت الطرق الكلاسيكية لتعديل السلوك اعتماداً كبيراً على الإيحاء والاقناع والنصح والضغط والقهر والعقاب . ويبدو أن الإيحاء عامل مشترك بين كل الطرق العلاجية . ولذلك فإنه يجب فى تقدير ثورن تنحيته جانباً قبل أن تنسب نتيجة إيجابية لمدرسة معينة . وهو يرى أن معظم هذه الطرق قد فقدت أهليتها لعجزها عن التأثير فى الظروف السيكوباثولوجية الكامنة . إلّا أنه لا يجب نبذها كلية لأنها فى اليد الماهرة يمكن أن يكون لها تأثير درامى دائم . ونظراً لبساطتها ، فإنه يمكن البدء بها لمعرفة الفوائد التى يمكن الحصول عليها باستخدامها وبخاصة إذا فشلت الطرق الأخرى . ويتضمن التحليل النفسى الفرويدى طرق دراسة العوامل العميقة فى العملية الداخلية والتى تتسبب عن ميكانيزم الكبت ، وتستخدم فى هذه الدراسة عمليات رمزية كثيرة لتوضيح العوامل اللاشعورية العميقة . وعلى العكس من ذلك يحاول العلاج غير الموجه تيسير وتوضيح التعبير عن الحالات الوجدانية الحاضرة .

أما موقف ثورن من الخلاف بين المناهج العلاجية التى تهتم بتقوية المصادر المعرفية ، والمناهج العلاجية التى تركز على الجوانب الوجدانية وتعديل العوائق الوجدانية فى الوقت الذى تنكر فيه قوة العقل ، فهو أن هذه الخلافات تمثل مشكلة . البيضة – الدجاجة وأيهما يأتى أولاً . هل الشخص عاجز عقلانياً بسبب عقد وجدانية أم هل تمثل الاستجابات الوجدانية فقط تأثيرات جانبية للفشل المعرفى . وقد كان الناس منذ أقدم العصور يؤكدون على أهمية سيطرة العقل على الانفعال ، وتنوعت وتعددت فى تاريخ علم النفس عبر العصور طرق العلاج الحسى ، إعادة التدريب الإدراكى ، تدريب الذاكرة ، إعادة التعليم السيمانتيكى ، وتدريب المستويات العليا فى تكوين المفهوم . وتظهر من آن لآخر مدارس علاجية معرفية من أحدثها مدرسة العلاج العقلانى – الانفعالى . يرى ثورن أن الخلاف بين الاهتمام المعرفى والاهتمام الوجدانى لا يمكن حله إلا عن طريق البحث ، ويرى ثورن أن المعالج النفسى الأمريكى لم يظهر إلا اهتماماً قليلاً بالتأثيرات الايديولوجية وتأثير الاتجاهات . وقد يرجع ذلك إلى الاعتقاد بأن ما يشعر به الفرد أو يفكر فيه أمر يخصه . ومن طرق تعديل الاتجاهات

والايديولوجيات : (أ) تقديم المعلومات السيكولوجية ، (ب) طرق التفسير ؛ (جـ) طرق إعادة التوجه الايديولوجي . ويرى ثورن أنه من المهم استكشاف الأسس الايديولوجية للسلوك ، لأن كل فعل له عواقبه . ويتطلب الكشف عن تأثيرات ممارسة الايديولوجيات دراسة ممتدة .

ويرى ثورن أن الكثير من الاضطرابات السيكولوجية تنشأ من الفشل فى التكامل على المستوى الهيراركى لنظم الذات . ولذلك ، فإن انتباهاً مفصلاً يجب أن يعطى لدراسة مفاهيم الذات ونماذج الذات ووظائف إدارة الذات والتحليل العبر – تفاعلى ، واللِعَب ، وتناول المشكلات الوجودية . ويفترض علم النفس التكاملى أن أعلى مستويات التكامل تتوقف على اكتساب ضوابط عالية المستوى عن طريق التدريب ، وبخاصة الضوابط فى خدمة وظائف إدارة الذات . ويهتم التعليم والتدريب المهنى والعلاج النفسى بالكشف عن طبيعة الضوابط ودراسة انهيار الضبط (التفكك) وإعادة تدريب العميل على إحكام الضبط لتحقيق مستويات عالية من التكامل عبر الزمن .

والخلاصة أن صياغات ثورن تفترض أن التدخلات العلاجية قد توجه إلى أى من العوامل المنظمة للتكامل أو إلى كلها . ويوجه التدخل إلى المستويات التى تنشأ فيها الظروف الباثولوجية . ويشير نظام العلاج التوفيقى إلى مختلف طبقات العوامل التى قد تحتاج إلى تعديل وإلى الطرق المتاحة فى كل مستوى .

عملية العلاج النفسى :

يرى ثورن أن كل طرق العلاج النفسى تتضمن عوامل معينة مشتركة يمكن فهمها بوصفها قاعدة مشتركة لتناول الحالة ؛ وأنه يتعين تحديد العوامل الاتيولوجية الكامنة وراء ظروف اكلينيكية هامة معينة وتشخيصها ؛ وأن التدخل العلاجى العقلانى يجب توجيهه نحو تعديل العوامل الاتيولوجية الأولية . ونتيجة للتقدم فى التحليل العاملى وتوضيحه أن تحديد السلوك أمر أكثر تعقيداً مما كان يعتقد ، ونتيجة للتقدم فى بحوث الأحكام الاكلينيكية ، فإن ثورن يخلص إلى أن كل تناول للحالة يتضمن مرحلتين هما : (١) توفير الظروف السيكولوجية الضرورية التى يمكن أن تقوم فيها العلاقات الضرورية مع العميل ؛ (٢) استخدام

طرق تعديل السلوك . ولكن المشكلات المرتبطة بهاتين المرحلتين من تكوين علاقة وإحداث تغيير ليست واضحة بعد . فالعلاج القائم على أساس العلاقات (رانك ، تافت ، وروجرز) يبدو أنه يتضمن أن عملية الشفاء هى نتيجة لعوامل العلاقات وحدها . وقد أوضحت البحوث الحديثة هذه العوامل ومنها : أصالة المشاعر ، الاعتبار الإيجابى للعميل ، التعاطف ، إلخ . وقد اهتم فرويد أيضاً بعوامل العلاقات فى صورة مفاهيم الطرح والطرح المضاد . ويسلم ثورن بأهمية عوامل العلاقات التى تجعل من الممكن خلق الظروف الضرورية للتناول الفعال للحالة ، ولكنه يصر على أن الحالات الأكثر صعوبة لا تتحسن تلقائياً عن طريق الظروف الميسرة وحدها . ومن الضرورى فى مثل هذه الحالات إتباع طرق معينة لتعديل السلوك لمعالجة أعراض معينة أو لتعليم العميل مهارات معينة لم يسبق له تعلمها . والاكلينيكى فى تناوله للحالة هو معلم أساساً يعمل حيث تفشل المؤسسات الاجتماعية العادية فى تعليم العميل السلوك الأكثر مواءمة ، والذى يعتمد فى التحليل الأخير على التكامل والاحتفاظ به عبر الزمن . ويرى ثورن أن معظم أنواع العلاج القائمة على أساس العلاقات وأنواع العلاج السلوكى المبرمجة ، يمكن تطبيقها بصورة آلية ولا تتطلب تشخيصاً فردياً متعمقاً . ولكن أساليب تغيير السلوك تتطلب عمليات تشخيصية متعمقة للكشف عن الباثولوجية وكيفية تعديلها .

ويتعين على الاكلينيكى أن يحاول فهم ظروف الحالة السيكولوجية للعميل ، فى الزمان والمكان الحاضرين ، والتى تكون هامة إكلينيكياً ، وذلك بقصد تكوين فهم مباشر متعاطف لحالة العميل : كيف يشعر ؟ ماذا يفعل ؟ ما الذى يفشل فى عمله ؟ وذلك للكشف عن أسباب عدم تحقيق التكامل وعدم الاحتفاظ به وكيف ينهار . ويحاول المعالج مساعدة العميل على فهم ما يحدث فى أنماطه المختلفة للتكامل أو عدم التكامل ومساعدته على أن يكتسب الضوابط الضرورية للاحتفاظ بدرجات أعلى من التكامل عبر الزمن . والطريقة المثلى لتحقيق هذه الأهداف هى توجيه انتباه العميل لحالاته السيكولوجية ذات الدلالات الاكلينيكية ، أى أن يتعامل مع الحالات الهامة للوجود فى الزمان والمكان الحاضرين . فإذا لم يكن العميل واعياً بمدى اضطرابه ، فإنه يوعى بحالته ، ويواجه العميل بفشله فى تحقيق التكامل ، ويسأل : كيف حدث هذا ؟ وماذا

سوف تفعل ؟ والإجراء النموذجى هو أن تكسر حالة تفكك التكامل ويساعد العميل على استعادة تكامله بصورة إيجابية . وتوضح للعميل كل العناصر الحاسمة فى المواقف ويتعلم كيف يعالجها بطريقة أكثر مواءمة .

ولا يهتم الاكلينيكى التوفيقى أساساً بالميكانيزمات الكلاسيكية مثل : التقبل ، الاستبصار ، الاعتبار الإيجابى غير المشروط ، اختبار الواقع ، الطرح ، التفريغ الانفعالى ، وإنقاص الدفاعات ، إلخ . إلّا بقدر ما يمكن أن تكون عليه بوصفها عناصر حاسمة فى النجاح أو فى الفشل المعين فى التكامل . فالاكلينيكى التوفيقى يهتم أساساً بعملية التكامل نفسها وثانوياً بمظاهرها . فهو يتناول الحالة لكى يطبق نظريات معيارية استدلالية ، ولكنه يدرس كل حالة فردية استقرائياً ، كما يدرس العمليات الفردية التكاملية لمعرفة كيف حدثت وماذا يمكن عمله ؟ ويستشهد ثورن (٣١ ، ص ٤٦٦) بما كشفت عنه البحوث من أن المعالجين النفسين من المدارس النظرية المختلفة يقومون بأشياء متشابهة ، لتأكيد نظرته إلى أن العامل المهم فى العلاج هو الأعمال بدلاً من النظريات وفى تقديره أن كل المحاولات العلاجية تتناول فى نهاية الأمر نفس المشكلة وهى التكامل وأن ما يعدل فى كل الحالات هو الظروف المشجعة على التكامل .

وتشتمل المشكلة الاكلينيكية أساساً على : (١) تحديد المستويات التى ينهار فيها التكامل ؛ (٢) تمييز الأنماط التكاملية الإيجابية التى تسهم فى تحقيق أصيل للذات والأنماط السلبية المسببة للتواؤم اللاسوى ؛ (٣) تعديل الأنماط التكاملية الهامة الباثولوجية أو التى تنقص كفاءتها عن الحد الأقصى . وتعتمد هذه المطالب على نظم ممتدة للتشخيص السيكولوجى والسيكوباثولوجيا قادرة على تحديد بنية وطبيعة اضطرابات التكامل . ويتضمن تناول الحالة دائماً فى الإطار التوفيقى المراحل المنفصلة التالية : (١) تشخيص صادق ؛ (٢) خلق الظروف التى يمكن أن يتم فيها العلاج ؛ (٣) تطبيق أساليب التعديل المعينة طبقاً لتقدير المعالج . وقد يعتبر الشعور النقطة المحورية لكل العمليات العلاجية من حيث أن أعلى عمليات التكامل يكون الشعور وسيطاً لها ، وهو ما يعتبر ميكانيزماً تكاملياً مركزياً . وبعبارة أخرى ، تفترض معظم أنواع العلاج أن العميل يتعين أن يصبح واعياً شعورياً بطبيعة مشكلاته حتى يمكن تعديلها عن قصد فى وجهة تحقيق تكاملات

أعلى عبر الزمن . وهو ما يكتسب فقط عن طريق تعلم ضوابط أكثر تعقيداً تسمح بالسلوك الإدارى الممكن .

ويتطلب المنهج التوفيقى خطة علاجية أكثر تفصيلاً مما تطلبه الطرق المحدودة التى تتبع أساليب مقننة جامدة بصورة آلية مثل التحليل النفسى أو العلاج غير الموجه ، والتى لا تتطلب لذلك اعتبار بدائل متعمقة فى كل خطوة . ويتعين على المعالج التوفيقى اعتبار عدة عوامل منها : حالة العميل العقلية والوجودية ، حاجاته الوقتية ، الأعراض والديناميات الكامنة فى الحالة . وهو فى اعتباره لكل هذه العوامل، يوازن بين الحاجات القصيرة المدى والأهداف العلاجية البعيدة . وبتقدم تناول الحالة ، فإن العميل يكشف أكثر وأكثر عن مشكلاته ويتعمق أكثر وأكثر فى أسبابها الكامنة . وتنادى كل المدارس العلاجية بضرورة خلق مناخ من العلاقة الطيبة بين المعالج والعميل ، ولكن ثورن يتحفظ فيرى أنه حتى هذه الصفات التى تجعل من المعالج شخصاً قادراً على تكوين العلاقة الطيبة ، قد لا تكون ضرورية إذا سلك المعالج مسلكاً طبيعياً يتسم بالصداقة والفهم . ومن المؤكد أن الصفات القيادية تسهم فى تحسين قدرة المعالج على التأثير فى العميل ، ولكن هذه الصفات لم تخضع بعد لبحوث متعمقة ، فيما عدا أن بحوث التقييم الاكلينيكى تشير إلى أن بعض الأفراد النابهين ولكن غير المدربين (من الطلبة الجامعيين ومن أشباه المهنيين) قد يؤدون وظائف علاجية كما يؤديها المدربون تدريباً مهنياً عالياً . ويقبل ثورن ما أسفرت عنه بحوث العلاج غير الموجه من أهمية خلق مناخ علاجى ميسر يشمل التقبل الإيجابى غير المشروط والفهم المتعاطف والدفء غير التملكى والأصالة والكشف عن الذات ، إلخ . وهو يخلص إلى أن أهم المشكلات العلاجية فى المرحلة المبكرة من العلاج هى إقامة علاقة طيبة وتعاون واتصال . وعند ما تتوطد العلاقة إلى الحد الذى يمكن فيه للعميل تقبل تدخلات أكثر إيجابية وأقل مجلبة للسرور والراحة ، فإنه يمكن للمعالج أن يقلل من انتباهه للشروط السابقة .

ولا يعمل العلاج النفسى بصورة مباشرة إطلاقاً على السمات السيكولوجية أو أبنية الشخصية ، ولكنه بدلاً من ذلك يحاول تغيير العوامل المنظمة لحالات سيكولوجية معينة . وقد أهمل السيكولوجيون أهمية فهم حاجات العميل لتحقيق الحالات المفضلة للشعور ، فإذا طغى على الشعور فيض من الوجدانات غير السارة

أو محتويات عمليات داخلية دخيلة ، أو إذا اضطرب الفكر نتيجة عيوب تكاملية ، فإنه قد يكون من الضرورى إعطاء الأولوية المطلقة لعلاج مثل هذه الأعراض إلى أن يشعر العميل بأنه سوى وأنه يستطيع التفكير بوضوح . وقد يكون من الملائم فى حالات مختارة الأخذ بنظريات التحليل النفسى فى محددات اللاشعور ، وذلك حيث تثير محتويات العمليات الداخلية الدخيلة الاضطراب فى الحالات العقلية ، ولكن هذه تكون فى تقدير ثورن نسبة ضئيلة من المشكلات الاكلينيكية التى يواجهها العميل . وكذلك ، فإن المناهج غير الموجهة والتى يفترض أن مصادر نمو العميل سوف تعمل مرة أخرى بصورة سوية إذا أزيلت العوائق الانفعالية ، قد لا تستطيع التعامل بفعالية مع المشكلات الأكثر تعقيداً . والمنهج التوفيقى وحده هو فى تقدير ثورن القادر على فهم كل العوامل المتضمنة فى الحالات الصعبة .

وفى الحالات التى يقدر فيها أن إعادة تنظيم شُمولى للشخصية أمر مطلوب ، فإنه قد يكون من الضرورى التعامل تفصيلياً مع التركيب الايديولوجى ، لعب الأدوار ، المكانة الاجتماعية ، طراز الحياة ، مفهوم الذات ، الحالة الوجودية ، إلخ . ولكل من هذه المجالات سيكولوجية خاصة بها يتعين فهمها فى علاقتها مع المواقف المشكلة المعينة التى يقدمها العميل . وقد يكون تناول الحالة بسيطا نسبياً حين تكون المشكلات التكاملية محدودة بمستوى هيراركى واحد مثل حالة عميل فى صراع لمحاولة التحرر من ارتباط عقائدى غير مرن . وحين يكون العلاج النفسى محدداً على مستوى واحد من العوامل ، فإن معالجين أكثر تحديداً قد يكونون قادرين على التعامل مع أعراض محددة بطرق محددة مثل العلاج السلوكى . إلّا أن الأكثر شيوعاً أن تنزع اضطرابات التكامل إلى أن تتضمن مستويات هيراركية متعددة بحيث يصبح من الضرورى العمل على مستويات متعددة فى وقت واحد . ويصدق ذلك بخاصة على العملاء من الطبقات الاقتصادية – الاجتماعية المنخفضة والمحرومة والذين قد يعانون من تخلف تعليمى وايديولوجى ، ومن نقائص فى لعب الأدوار وفى المكانة الاجتماعية وفى طراز الحياة غير الفعال وفى ضعف مفهوم الذات ووظائف الأنا وانخفاض مستوى الروح المعنوية الوجودى . وكل ذلك يتطلب عملاً علاجيا متعمقا . وهنا يستطيع

الاكلينيكى التوفيقى أن يتعامل مع المستويات العديدة فى نفس الوقت وأن يستخدم المهارات المستمدة من مختلف المناهج المتخصصة .

والاكلينيكى التوفيقى مثله مثل الطبيب الممارس العام يمكنه تناول كل الحالات ولا يمنعه عن ذلك إلّا حدود صدق الأحكام الاكلينيكية المتخصصة . فإذا قدر أنه غير مؤهل لعلاج حالات خاصة ، فإنه يتعين أن يكون قادراً على الأقل على تشخيص الحالة بحيث يمكنه إحالتها للاختصاصى . ويذكر ثورن أنه لم يتخل خلال ٢٥ سنة من الممارسة الاكلينيكية عن تناول كل الحالات التى عرضت عليه . فإذا لم ينتج عن ذلك تحسن علاجى ، فإنه لم يتخل عن الحالة إلّا إذا اتفق كل من يعنيهم الأمر على أن التدخل العلاجى بعد ذلك لن يكون أمراً مستحباً .

وإلى أن يمكن جمع معلومات مؤكدة عن المعدلات القاعدية الحقيقية لما يمكن توقعه من الطرق العلاجية المختلفة ، فإنه يتعين على الاكلينيكى الاعتماد على الحكم الاكلينيكى لتحديد ما يجب عمله فى كل مراحل تناول الحالة . ويتعين على الاكلينيكى أن يكون واعياً بحدوده وألّا يحاول علاج الحالات التى تخرج عن نطاق إمكانياته . وقد قام ثورن بتقييم غير رسمى لإمكاناته هو بوصفه معالجاً ، فتوصل إلى التقديرات التالية :

١ — حالات نقص الكفاءة بفعل عوامل تكوينية : عولجت بنجاح كبير بطرق المساندة والطرق السيكولوجية الموجهة والمساعدة التفصيلية فى حل المشكلات الموقفية .

٢ — اضطرابات السلوك ومشكلات الشخصية : عولجت بنجاح باستخدام طرق المساندة للعميل فى أوقات الشدة وبالتفسيرات المتعمقة للسلوك الاندفاعى وعن طريق التوجيه التفصيلى والتدريب المتعمق فى تناول المشكلات والأعراض المعينة .

٣ — اضطرابات الخلق والحالات السوسيوباثية الخفيفة : عولجت بنجاح كبير بوصفها طرازاً لاضطرابات الحياة ، وذلك بتفسير ما يفعله السوسيوباثى لكى يخذل ذاته ، وبمساعدته على اكتساب طراز للحياة أكثر كفاءة .

٤ – المشكلات الموقفية لجماعات الأقلية : عولجت بنجاح عن طريق الارشاد إلى كيفية معالجة المشكلات المعينة ومساندة العميل إلى أن يتعلم الطرق الجديدة للتواؤم .

٥ – العصاب الخفيف : عولج بفعالية عن طريق الجمع بين العلاج الكيميائى والعلاج السلوكى والعلاج النفسى . إلّا أن العصاب الحاد كان أكثر مقاومة للطرق العلاجية وبخاصة استجابات القلق الحادة التى قاومت حتى العلاج الكيميائى .

٦ – الذهان الوظيفى : لم يثبت بعد فى تقدير ثورن أنه قابل للعلاج بأى طريقة من طرق العلاج النفسى . ويبدو أن العلاج الكيميائى هو الطريقة المختارة فى حالات الهياج والاكتئاب ومعظم الاستجابات الفصامية . وهو يقرر أنه لم يزعم مرة واحدة أنه استطاع علاج فصامى أكثر من إعطائه علاجاً مهدئاً مسانداً . وهو يعترف بأن عدداً من الاكتئابيين الذين كان يعالجهم قد انتحروا نتيجة كونه غير موجه إلى حد كبير ، ونتيجة سماحه لهم بالبقاء دون حماية فترة طويلة فى المجتمع .

٧ – الحالات العضوية : يمكن علاجها فقط علاجاً مهدئاً ومسانداً .

ويصر ثورن على أنه إذا اعترفنا بأنه لا يوجد حل واحد لكل مشكلات العلاج فى التطبيقات المقننة ، فإن الحكم أو التقدير الاكلينيكى هو مفتاح كل تناول صادق للحالة . ولكى يتحرر التقدير الاكلينيكى من الحدس والتقنية ، فإنه يتعين أن يقوم على أساس ثابت من التشخيص الصادق الذى يمكن منه أن نتبين منطقياً طرق تناول الحالة . ويعترض ثورن على التطبيق الجامد لمدرسة علاجية واحدة لأن ذلك يحد من حرية الاكلينيكى فى تناول الحالة . كما أنه يصر على أن يكون الاكلينيكى خبيراً بكل المدارس والطرق العلاجية لكى يمكنه على الأقل أن يتخذ قرارات ابتدائية تتعلق بالمنهج الذى يمكن أن يحاول تطبيقه . وقد أعد ثورن « قوائم شطب تشخيصية diagnostic check lists » لتقييم المستويات المختلفة لاضطرابات التكامل . وهى تساعد فى الفحص الدورى للدليل للحالة السيكولوجية للعميل لتقييم أدائه للوظائف السيكولوجية على كل المستويات وللكشف عن النقاط التى تنشأ عندها الظروف الباثولوجية . ويعتبر ثورن كل

مقابلة تجربة موقفية مصغرة للكشف عما يجرى فى العميل . والكيفية التى يستجيب بها لكل أنواع التدخلات العلاجية . والهدف النهائى هو فهم الوسط التكاملى والعمليات الجارية لتحديد ما يتعين تعديله وكيفية تحقيق هذا التعديل .

الجوانب الإدارية : يتعين على المعالج التوفيقى أن يتخذ قرارات إدارية أهمها تقرير أن الطريقة المختارة هى الطريقة المثلى . إلّا أن مثل هذه القرارات ليست بالبساطة التى قد تبدو عليها ، حيث أنها تتضمن أن قرارات أخرى أيضاً قد اتخذت تتناول الظروف العامة فى علاج الحالة . ويعدد ثورن بعض القضايا الإدارية التى تتطلب النظر على النحو التالى :

١ - مستوى مصادر العميل ومسئوليته : هل تتوفر لدى العميل المصادر العقلية الكاملة ؟ هل يمكن الاطمئنان إلى قدرة العميل على إدارة شئون حياته بحكمة ؟ هل هو قادر عقلياً على اتخاذ قرارات هامة فى حياته ؟ ويمكن القول بعامة بأنه كلما انخفض مستوى كفاءة العميل ، كلما تطلب تناول الحالة قدراً أكبر من التوجيه .

٢ - الحاجة إلى الحماية : هل يحتاج العميل إلى حماية من إيذاء ذاته ، أم هل يتطلب الأمر حماية المجتمع ؟ هل هناك احتمال لإقدام العميل على الانتحار أو إيذاء الآخرين أو القتل ؟ هل يعانى العميل من إدمان كحولى أو هل يتعاطى المخدرات ؟ والإجابة بالإيجاب عن هذه الأسئلة تتطلب الحاجة إلى إدارة الحالة بقدر أكبر من التوجيه .

٣ - المصادر المالية : هل تتوفر لدى العميل المصادر المالية الكافية لدفع نفقات العلاج الخاص أم هل يحال إلى الخدمات العمومية ؟ هل يحتاج إلى حماية من عدم المسئولية المالية ؟

٤ - الأمن الاقتصادى : هل يحتاج الأمر إلى وقاية العميل من احتمال فقدان عمله ؟ هل يحتاج إلى عمل ؟

٥ - التعامل مع مصادر الإحالة : قد يكون من المهم الاحتفاظ باتصال وثيق مع مصدر الإحالة الذى يتعين إعادة العميل إليه فى نهاية الأمر . وكذلك ، فإن مصدر الإحالة قد يتوقع تقريراً مفصلاً عن تقدم الحالة .

٦ - التعامل مع الأشخاص الآخرين المهمين فى حياة العميل : قد يكون من الضرورى الاحتفاظ بعلاقات ودية مع الأصدقاء والأقارب والأشخاص الآخرين الهامين فى حياة العميل وبخاصة إذا كانوا يساعدون العميل أو أن لهم أهمية فى خطط حياته .

٧ - مواقف الأزمات : حين يبدو احتمال استجابة اندفاعية مدمرة أمراً مؤكداً ، فإنه قد يكون من الضرورى التصرف فى مواقف الأزمات بما يحقق مصلحة العميل إلى أقصى حد ممكن .

٨ - الاحتفاظ بالموقف الحالى : يتطلب الكثير من المعالجين ألا يحدث العميل تغييرات هامة فى مواقف حياته خلال العلاج . فلا يغير عمله أو مسكنه أو حالته الزواجية ، إلخ .. إلى أن ينتهى العلاج .

بعض المشكلات الإدارية العامة فى العلاج : فى إطار المبدأ العام القاضى بأن العميل يجب أن يعطى أقصى قدر ممكن من الحرية فى اختيار أهدافه واختيار الحلول لمشكلاته ، إلّا أن العميل يعجز وحده أحياناً عن اختيار أهدافه أو حلول مشكلاته بدليل طلبه للعلاج . وكلما ازدادت مشكلة العميل شدة وقلت مصادره ، كلما تطلب الأمر قدراً أكبر من التوجيه . ويوجه ثورن النظر إلى الجوانب التالية :

١ - القاعدة الأساسية هى الإدارة إلى أقل حد ممكن ضرورى لمصلحة العميل ، إلّا أن المبالغة فى الإدارة قد تكون أقل خطورة من الإقلال من الإدارة وبخاصة فى مواقف الأزمات .

٢ - إذا اعتبرنا أن المعالج يكون عادة مسئولاً عن الأعمال الخطرة التى قد يقوم بها العميل خلال فترة العلاج ، فإنه يتعين على المعالج أن يقدر مقدماً احتمالات نشوء مواقف الأزمات مثل الانتحار أو القتل ، وأن يتخذ الإجراءات الوقائية .

٣ - يتعين على المعالج ألا يسمح باستجابات اعتمادية أكثر مما هو ضرورى حتماً لوقاية مجرى العلاج ، وذلك باستثناء مواقف الطوارىء والأزمات حيث قد يتطلب الأمر وقاية العميل ومساندته .

٤ مواقف الصراع فى العلاقات الشخصية : حين تنشأ حلقات مفرغة عصابية فى مواقف الصراع الشخصى مثل الزواج أو علاقة الطفل بالوالدين ، قد يكون من الضرورى التدخل لمصلحة الجميع . وفى الحالات الباثوجونية الغير قابلة للتغيير ، قد يكون من الضرورى التوصية مثلاً بالطلاق أو بعدم رؤية الطفل لوالده ، إلخ .

٥ البيئات الباثوجونية : من الملاحظات الشائعة أن ساعة واحدة من العلاج لا تستطيع عادة إبطال تأثير ٢٣ ساعة يقضيها العميل فى بيئة باثوجونية غير قابلة للتغيير . وقد يكون من الضرورى إبعاد العميل عن مثل هذا الموقف .

٦ - فى مواقف الأزمات قد يكون من الضرورى فرض وصاية وقائية على العميل مثل إبعاده عن مواقف تعاطى الحشيش أو توفير علاج للكحولية الحادة ، الخ .

٧ - وفى المواقف التى يكون فيها العميل مهدداً بأفعال إدارية غير مرغوبة مثل الطرد من المدرسة أو من العمل أو صدور حكم قضائى ضده ، فقد يتعين على المعالج أن يحاول القيام ببعض إجراءات مثل الحصول على عفو عن العميل أو وضعه تحت الرقابة بدلاً من الحبس أو السجن ، إلى أن يمكن البدء بالعلاج .

٨ - حين يكون عدم المسئولية المالية هو مفتاح الموقف ، فقد يتعين على المعالج التدخل لوقاية العميل .

٩ - يتعين على المعالج القيام بكل ما يمكن القيام به لشرح كل تفاصيل عملية العلاج للعميل وللأشخاص الآخرين الهامين فى حياته مثل عائلته ورؤسائه ، ويشمل ذلك شرح الحاجة إلى إدخال العميل مستشفى للأمراض العقلية ، مثلاً . والقاعدة الذهبية هى ألا يحاول المعالج أبداً تزييف الواقع ، وأن يكون دائماً صادقاً مع عميله . وفى الحالات الصعبة ، يتعين على المعالج أن يكون حازماً مع عميله .

الموقف من المناهج الأخرى :

المهمة الرئيسية للمنهج التوفيقى هى جمع وتمثل كل المعلومات العلمية المتاحة عن التشخيص وتناول الحالة . ويحاول المنهج التوفيقى تحقيق التكامل بين إسهامات كل النظم وإتاحة المعلومات العلمية للممارسة الاكلينيكية ، ولذلك فإنه من الضرورى تبنى طريقة لتوحيد المعرفة وتحليل النتائج المختلفة للكشف عن العناصر المشتركة ولشرح التناقضات . وأحسن طريقة لتحقيق ذلك هى استخدام الطرق الإجرائية للكشف عن ، وللمقارنة بين : (١) الطرق المختلفة وأنواع الملاحظات وظروف الملاحظة والعينات وأنواع البيانات المستخدمة ؛ (٢) تعريف المعانى والمصطلحات والافتراضات والمركبات والمفاهيم والنظريات الكامنة وراء النظم والمدارس المختلفة . وفى الإطار الإجرائى ، يعرف المصطلح عن طريق تقرير الإجراءات والعمليات المستخدمة فى التمييز بين الموضوع المشار إليه أو العملية المشار إليها من كل الموضوعات والعمليات الأخرى . ويفترض أن المصطلحات والافتراضات والمركبات والمفاهيم والنظريات تعطى معانيها – فى التحليل الأخير – بواسطة طرق جمع البيانات والملاحظات والتحليل المستخدم للتوصل إليها ، وليس لها معانى غير تلك التى نصل إليها إجرائياً . وتسعى الطرق الإجرائية إلى تعريف المشكلة والطريقة والنتائج ، واستنتاجات الملاحظات والإجراءات والتجارب والدراسات فى إطار إجرائى بحت ودقيق . ويقصد بالإطار الإجرائى الخطوات أو العمليات الدقيقة التى تؤدى بها الأسباب إلى النتائج والسوابق إلى العواقب والطرق إلى النتائج .

وقد قام ثورن (ص ٤٥٤) بتحليل إجرائى لأسس وطرق المدارس الرئيسية فى علم النفس حسب النقاط التالية : (١) تحديد الملاحظات الكلاسيكية أو البيانات الامبيريقية التى تحاول المدرسة أو النظرية شرحها ؛ (٢) تحليل الطرق التى تستخدم عادة للوصول إلى بيانات من هذا النوع ؛ (٣) تقرير الافتراضات الرئيسية التى تستند إليها كل مدرسة أو نظرية ؛ (٤) اختزال كل المصطلحات والافتراضات والمفاهيم والمركبات إلى أبسط الخطوط المشتركة بينها وتعريفها باستخدام مصطلحات علمية أساسية ؛ (٥) استخدام مصطلحات وتعاريف إجرائية دقيقة لوصف الخطوات التى تؤدى إلى استنتاجات مجردة سيمانتيكيا فى أكثر الأطر اقتصادا .

ويقرر ثورن أن العملية المركزية فى الكائن هى التكامل الكلى الموحد ، وأن محاولات كسر هذه العملية من خلال طرق إجرائية جزئية تؤدى حتما إلى فقدان الوحدة الوظيفية للعملية التكاملية الكلية . ولهذه الأسباب ، فإن المدارس المفرطة فى التبسيط ، والتى تقوم على أساس طرق إجرائية محدودة ، تعجز عن أن تقدم المنهج الشمولى العريض . وقد خلص ثورن إلى نقد لكل مدرسة من المدارس ولكل منهج من مناهج علم النفس نوجزه فيما يلى باختصار :

التحليل النفسى الفرويدى : أسهم هذا المنهج فى توضيح طبيعة ميكانيزمات اللاشعور « العملية الداخلية » ، والتى تتسم بصدق مرتفع فى علاقتها بعدد محدود من الحالات العصابية ، ولكنها غير قابلة للتطبيق فى كل الحالات . والتحليل النفسى يمكن استخدامه فقط فى بعض الحالات التى تكون فيها العمليات الداخلية هى العوامل الأولية الاتيولوجية فقط . وينقد ثورن المنهج الفرويدى لاقتصاره على تحليل اللاشعور إلى الحد الذى يرفض فيه مناقشة الحالة مع مصدر الإحالة والأقارب أو الآخرين المهمين فى حياة المريض . وقد يعالج الفرويديون الجوانب الإدارية باستخدام معالجين اثنين فيختص المعالج الإدارى بمصادر الحالة والأقارب والآخرين ، ويتناول المشكلات المالية والعمل ، إلخ .. بينما يقتصر المعالج الآخر على استخدام أساليب التحليل النفسى . ولكن تحقيق ذلك أمر صعب فى غالب الحالات .

علم النفس الفردى لآدلر : بدأ هذا المنهج بداية بطيئة نتيجة عدم توفر الباحثين ، ولكنه يتمتع فى الوقت الحاضر باعتراف أوسع مدى . ويؤكد ثورن فى علم النفس التكاملى على أهمية مفاهيم آدلر فى طراز الحياة والميل الاجتماعى والحركة الاجتماعية ونظرية الأنا .

العلاج الروجيرى غير الموجه : أسهم إسهاماً كبيراً فى بحث الظروف الضرورية للعلاج النفسى الفعال مؤكداً على قيمة عدم التوجيه فى العلاج . إلّا أنه محدود القيمة فى إعادة التنظيم التكاملى الموجه . وقد كان نجاح هذا النوع من العلاج فى معظمه مع الحالات الخفيفة ، أى مع الذين يمكنهم حل مشكلاتهم بأدنى قدر من التيسير للتعبير الانفعالى .

علم النفس التحليلى ليونج : حقق بعض إسهامات مبكرة ملفتة للنظر ، وبخاصة نظرية اللاشعور العرق والجذور الغريزية للرمزية ، إلّا أن قدرا كبيرا من

نظريته غيبى لا يسانده دليل من البحوث . وقد تضاءل تأثير يونج تدريجيا إلى أن أصبح معدوماً تقريباً فى تقدير ثورن .

العلاج العقلانى – الانفعالى (إليس) : يؤكد على العقلانية بوصفها أقوى أداة لدى الإنسان مساندة للصحة العقلية الإيجابية ولضبط الوجدانية والاندفاعية . وقد أسهم إليس إسهاماً إيجابياً فى إعادة تأكيد أهمية تقوية العقلانية والتفكير المنطقى . إلّا أن العقلانية هى طريقة واحدة من عدة طرق علاجية ويجب استخدامها طبقاً للمؤشرات الإيجابية والمؤشرات المضادة فى الحالات الفردية .

المنهج الواقعى فى العلاج (جليسر) : « صورة من صور العلاج العقلانى وإعادة التعلم » ويقوم على أساس افتراض أن الادراكات المحرفة للواقع تكمن وراء كل الاضطرابات السيكولوجية . ويدعو جليسر إلى مواجهة العميل بقوة الواقع ومساعدته على وقف تحريفه للواقع وتصحيح سوء إدراكاته وتقوية مصادره الفكرية الذهنية .

العلاج الجشتالتى : يؤكد على إعادة توجيه إدراكى أكثر دقة لتنمية البصر بعوامل العملية الداخلية وطبيعة وأسباب السلوك اللاتوافقى .

جماعات الملاقاة : تمثل محاولة لتنمية إمكانات العلاج القائم على العلاقات عن طريق تهيئة لقاءات أكثر عمقاً وصراحة فى ظروف ميسرة . وهو علاج له قيمته إذا كان ذلك هو ما يحتاجه العميل أساساً .

والخلاصة أن الاكلينيكى التوفيقى يقوم بتحليل إجرائى للكشف عن الأساليب والمؤشرات والمؤشرات المضادة بالنسبة للمشكلات المعينة فى الحالات الفردية ويحاول أن يستخدم ما هو صادق فى كل المدارس والنظم وما يستجيب لحاجات الحالات الفردية .

المراجع العربية

١ - إمام عبد الفتاح إمام - كيركجور : رائد الوجودية - القاهرة - دار الثقافة ١٩٨٢ .

٢ - لويس كامل مليكه - العلاج السلوكي وتعديل السلوك - الكويت - دار القلم - ١٩٩٠ ومكتبة النهضة المصرية ، ٩ ش عدلى ، القاهرة ١٩.

٣ - ماكورى ، جون - الوجودية - ترجمة إمام عبد الفتاح إمام - الكويت - عالم المعرفة ١٩٨٢ .

REFERENCES

4 - Berne, Eric. The structure and dynamics of organizations and groups. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1963.

5 - Bernstein, Arnold. The Psychoanalytic technique. In B.B. Wolman (Ed.), Handbook of clinical psychology. New York: McGraw - Hill, 1965.

6 - Dimond, R.E., Harens, R.A.; and Jones, A.A conceptual frame-work for the practice of prescriptive eclecticism in psychotherapy. American Psychologi st, 1978, 239-248.

7 - Fine, R. Psychoanlysis. In R. Corsini (Ed.) Current Psychotherapies. Itasca, Ill., F.G.Peacock, 1973.

8 - Gendlin, E.T. Experimental psychotherapy. In R. Corsini (Ed.) Current psychotherapies. Itasca, Ill., F.G. Peacock, 1973.

9 - Glaser, W., and Zunin, L.M. Reality therapy. In R. Corsini (Ed.) Current psychotherapies. Itasca, Ill., F.G. Peacock, 1973.

10- Gordon, T. Group - centered leadership and administration. In: C. Rogers (Ed.) Client-centered therapy. New York: Houghton- Mifflin, 1951.

11- Grimes, J. Tran sactional analysis in group work. In S. Lang (Ed.) Six group therapies. New York: Plenum Press, 1988.

12- Harman, R.L. Gestalt group therapy. In: S. Lang (Ed.) Six group therpies. New York: Plenum Press, 1988.

13- Holland, G.A. Transactional analysis. In. R. Corsini (Ed.) Current psycho therapies. Itasca, Ill., F.G. Peacock, 1973.

14- Kempler, W. Gestalt therapy. In R. Corsini (Ed.) Current psychotherapies. Itasca, Ill., F.G. Peacock, 1973.

15- Korchin, S.I. Modern clinical psychology. New York: Harper & Row, 1976.

16- Lang, S. Six group therapies compared. In S. Lang (Ed.) Six group therapies. New York: Plenum Press, 1988.

17- Meador, B. and Rogers, C.R. Client-centered therapy. In: R. Corsini (Ed.) Current psychotherapies. Itasca, Ill., F.G. Peacock, 1973.

18- Mosak, H. and Dreikurs, R. Adlerian psychotherapy. In: R. Corsini (Ed.) Current psychotherapies: Itasca, Ill., F.G. Peacock, 1973.

19- Mullahy, P. Non-Freudian analytic theories. In: B.B. Wolman (Ed.) Handbook of clinical psychology. New York Mc Graw-Hill, 1965.

20- Ofman, W.Y. Existential psychology. In: H.J. Kaplan & B.J. Sadock (Ed.) Comprehensive textbook of psychiatry. New York: Williams & Wilkins, 1985.

21- Rogers, C.R. and Sanford, Ruth C. Client-centered psychotherapy. In H.J. Kaplan & B.J. Sadock (Eds.) Comprehensive textbook of psychiatry. New York: Williams & Wilkins, 1985.

22- Ross, N., and Abrams, S. Fundamentals of psychoanalytic theory. In: B.B. Wolman (Ed.) Handbook of clinical psychology New York: Mc-Graw-Hill, 1965.

23- Sadock, B.J. Group psycho therapy. In. H.J. Kaplan and B.J. Sadock. (Eds.) Comprehensive textbook of psychiatry. New York: Williams & Wilkins, 1985.

24- Schutz, W.C. Encounter. In.R. Corsini (Ed.) Current psycho therapies. Itasca, Ill., F.G. Peacock, 1973.

25- Schwartz, E.K. Non-Freudian analytic methods. In B.B. Wolman (Ed.) Handbook of clinical psychology. New York: McGraw- Hill, 1965.

26- Seeman, J. Perspectives in Client - centered therapy. In: B.B. Wolman (Ed.). Handbook of clinical psychology. New York: Mc-Gaw Hill, 1965.

27- Stewart, R.L. Psycho analysis and psychoanalytic psycho therapy. In: H.J.Kaplan & B.J. Sadock (Eds.) Comprehensive textbook of psychiatry. New York: Williams & Wilkins, 1985.

28- Strupp, H.H. and Blackwood Jr., B.L. In: H.J. Kaplan & B.J. Sadock (Eds.) Comprehensive textbook of psychiatry. New York: Williams & Wilkins, 1985.

29- Szapocznik, J., Scopetta, M.A., Aranalde, M. de los Angeles, and Kurtines, W. Cuban value structure: Treat-

ment impliactions. J. of Consulting and Clinical Psycholosy. 1978, Vol. 46, No. 5, 961-970.

30- Thoresen, C.E. Behavioral humanism. In C.E. Thoresen (Ed.) Behavior modification in education. 72d Yearbook of the N.S.S.E. Part I. Chicago, Univ. of Chicago Press, 1973.

31- Thorne, F.C. Eclectic psychotherapy. In. R. Corsini (Ed.) Current psychotherpies. Itasca, Ill. F.G. Peacock, 1973.

32- Watkins, J.G. Psychotherapeutic methods. In: B.B. Wolman (Ed.) Handbook of clinical psychology. New York: Mc. Graw-Hill, 1965.

33- Whitmont, E.C. and Kaufmann, Y. Analytical psychotherapy. In: R. Corsini (Ed.) Current psychotherapies. Itasca, Ill., F.G. Peacock, 1973.

